

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten
gemäß Art.6,7 Abs.1 lit.a DSGVO

Patient/in:

Name, Vorname, geb.am	
Adresse	
E-Mail Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

Labor / Recall / ärztliche Überweisungen / SMS Terminerinnerung / Online-Terminvergabe / Datenaustausch mit Haus und Fachärzten, sowie Krankenkasse und Versicherung

durch die Praxis zu.

Ich wünsche eine Terminerinnerung per SMS ja ☐ nein ☐

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Des Weiteren verpflichte ich mich, vereinbarte Behandlungstermine einzuhalten bzw. mindestens 24 Stunden vorher abzusagen.

Mir ist bekannt, dass nicht eingehaltene bzw. nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung gestellt werden können.

Ort , Datum

Unterschrift / Patient