

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. Art. 13 DSGVO

Ich bin damit einverstanden,

dass für die Dauer meiner medizinischen Behandlung meine persönlichen Daten sowie Behandlungsdaten gespeichert werden und ggf. an mitbehandelnde ÄrztInnen/Labore übermittelt werden, bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden ÄrztInnen/Laboren eingeholt werden dürfen.

Ich habe jederzeit das Recht, die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei der Praxis Dr. Isabel Bloss (Postfach 10 06 07, 76260 Ettlingen) zu verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum:

Unterschrift

PatientIn/gesetzlicher VertreterIn:
