

Patienteneinverständniserklärung Datenschutz

Patientenname: _____

Adresse: _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert, geändert und gelöscht werden.
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Alle Mitarbeiter sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben. Im Rahmen der Zweckbestimmung und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen dürfen meine Daten an

Dr. _____

übermittelt werden.

Halsbrücke, den

Unterschrift