

Patienteneinwilligung Praxisorganisation

Einwilligung in die Datenweitergabe

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in der Ihnen bekannten „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihnen unsere Service-Angebote anbieten zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung.

Diese können Sie uns im Folgenden erteilen:

Einwilligung in die Datenweitergabe

Hiermit erkläre ich,

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Handynummer: _____

dass ich damit einverstanden bin, dass die Privatärztliche Ambulanz für Manuelle Medizin, 09633 Halsbrücke meine Daten für

einen Erinnerungsservice für anstehende Untersuchungen („Recall“) per SMS

verwenden darf.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Privatärztlichen Ambulanz für Manuelle Medizin jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben, bleiben rechtmäßig.

Die Einwilligungen sind freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

(Ort, Datum, Unterschrift)