

## Einwilligung Datenverarbeitung gemäß DSGVO

Name und Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen (jetzt neu die EU-Datenschutzgrundverordnung) an Dritte, z.B. Krankenkassen, KV, Labor, med. Dienst und mitbehandelnden Ärzten übermittelt werden.

Ich bin mit einem Recallsystem (Erinnerung an Termin) einverstanden.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

Festnetz bzw. Handy Nummer:

\_\_\_\_\_

E-Mail:

\_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass z.B. Befunde, Rezepte oder ähnliches von der Ärztepraxis Trittau an

\_\_\_\_\_

(z.B. Ehemann, Kinder, Eltern) weitergegeben werden dürfen.

Ich erkläre dies freiwillig und kann diese Einverständniserklärung jeder Zeit widerrufen.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**