

Praxis für Frauenheilkunde
Dr. med. Frank Koch
Dr. med. Birgit Deppe
Dr. med. Sabine Serwas-Hecht
Dr. med. Lena-Marie Gräler
Wilhelmsplatz 8 48231 Warendorf



Einwilligungserklärung zur Datenschutzverordnung

Hiermit **erkläre** ich,

Vorname/Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Auftragslaboratorien* (Blut-, Abstrich- und Stuhlanalyse)
- Pathologie* (Abstrich-/ Gewebeprobenanalyse)
- Mit- und weiterbehandelnde Ärzte (inberg. Krankenhäuser)
- Wohnheime (Pflegepersonal/ Betreuer)
- Privatärztliche Verrechnungsstelle*
- Mitteilung der Befunde (gesetz. Vertreter/ Dolmetscher)
-

und ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden, dass alle

- ärztlichen Dokumentationen, Untersuchungsbefunde, Bildmaterialien oder Gutachten,
- Akten von Behörden sowie von privaten oder öffentlichen Versicherungsträgern, die ärztliche Gutachten, Befunde oder Beurteilungen über mich enthalten könnten,
- Arzt- oder Krankenhausberichten, über meine abgeschlossene oder noch andauernde Behandlung und den Befund

an die o.g. Personen / Einrichtungen herausgegeben werden dürfen.

Personen, denen ich meine Versichertenkarte zur Vorlage überlasse, sind berechtigt in meinem Namen Wiederholungsrezepte oder Überweisungen in der Praxis abzuholen.

Ich stimme hiermit der Speicherung und Weiterleitung meiner personenbezogenen Daten zwecks online- Terminbuchung und Terminerinnerung (Recall) durch die Praxis an Doctolib zu.

E-Mail: _____

Angaben freiwillig

Mobilnummer: _____

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum

Unterschrift der Patientin

* Die genauen Anschriften sind beim Praxispersonal zu erfragen.