

Praxis für Frauenheilkunde

Dr. med. Frank Koch
Gabriele Berkemeyer
Dr. med. Birgit Deppe
Dr. med. Sabine Serwas-Hecht
Dr. med. Stephanie Rijcken
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 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.

