lungenpraxisAMTHEATER
medizinisches versorgungszentrum

dr. med. ch. gronau · p. stute · dr. med. u. fox · a. mostafa · n. chaban
fachärzte für innere medizin
lungen- und bronchialheilkunde . allergologie
schlafmedizin . tauchmedizin (gtüm)

Einwilligung zur Verarbeitung und Übermittlung personenbezogener Daten

Name/Vorname: …… **Geb.datum:** ……..

vollständige Anschrift: ……

Tel., ggf. Mobil.: …….. **E-Mail:** ……

Datenverarbeitung

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten und meine Daten zu Diagnose und Therapie im **MVZ Lungenpraxis am Theater** gespeichert und verarbeitet werden.
Das beinhaltet auch die Speicherung, Weitergabe und Verarbeitung der Personalien in Doctolib.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Hausarzt einen Befundbericht erhält.
Auf Nachfrage dürfen wir die Befunde auch an andere Fachärzte oder das Krankenhaus weiterleiten.
Wir bitten Sie nichtzutreffendes zu streichen.

Name/Adresse des/des Hausarztes/-ärztin:

……..…

Wer darf Informationen, Formulare und Befunde von Ihnen in Empfang nehmen (Privatpersonen)

Name der Person/-en, Geburtsdatum, ggf. Anschrift (falls abweichend)

……

Eine Kopie der Einwilligungserklärung wurde mir angeboten.

…… ……
Datum Unterschrift

Allgemeine Hinweise:
Die Übermittlung/Einholung der Daten kann wiederkehrend erfolgen. Mir ist bekannt, dass ich die erteilte Einverständniserklärung jederzeit für die zukünftige Verarbeitung widerrufen kann.

Die Informationen zur Speicherung der personenbezogenen Daten gem. **Art. 13 und 14 DSGVO (AA-09.1)** finden sich als Aushang in der **Praxis** im **Wartezimmer**, im **Schlaflabor** im **Aufenthaltsbereich**.