



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.

Wer soll Befundberichte erhalten?

(Alles, was Sie NICHT ankreuzen, wird automatisch verneint.)

| | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| - Hausarzt/-ärztin bzw. überweisende/r Arzt/Ärztin | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Andere Ärzte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Krankenhäuser | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Name/Adresse des/der Hausarztes/-ärztin:

.....

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

Name des Person, 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**.