

Patienteneinwilligung · Praxisorganisation

Sehr geehrte Patientin,

Einwilligung in die Datenweitergabe

in der Ihnen bekannten "Patientinnen Information zum Datenschutz" wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihnen unsere Service-Angebote anbieten zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung. Diese können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit erkläre ich,		
Vorname, Name:		
Geburtsdatum:		
Adresse:		
Telefon-Nr. (unter der wir Sie g	gut erreichen können):	
E-Mail-Adresse:	@	
52066 Aachen (und sämtl Vertretungsfalles und bei Übe	iche Kolleginnen, die z.B. im Fall	etsch und Dr. med. Dieter Pietsch, Gregorstr. 32, le eines vorübergehenden oder dauerhaften en in dieser Praxis tätig werden) meine Daten für ngen ("Recall") personenbezogen per
Brief	E-Mail	Telefon
verwenden darf.		
		n / dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft er Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben
Die Einwilligungen sind freiw	illig. Das Behandlungsverhältnis ist hie	ervon nicht abhängig.
Unterschrift		

Dieses Informationsblatt wurde erarbeitet von der Arbeitsgemeinschaft der nordrheinisch-westfälischen Heilberufekammern (Ärztekammer Nordrhein, Ärztekammer Westfalen-Lippe, Apothekerkammer Nordrhein, Apothekerkammer Westfalen-Lippe, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsy-chotherapeuten Nordrhein-Westfalen, Tierärztekammer Nordrhein, Tierärztekammer Westfalen-Lippe, Zahnärztekammer Nordrhein sowie Zahnärztekammer Westfalen-Lippe) sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe und gibt den Stand der Meinungsbildung vom 23.04.2018 wieder.

Stand: 02/2020