

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

RICHTER  CERNOTA
PRAXIS FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Name

Vorname

Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, in der Praxis namentlich aufgerufen zu werden.

ja nein

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten, wenn es erforderlich sein sollte, an mitbehandelnde Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken und Krankenversicherungen übermittelt und angefordert werden dürfen (persönlich, schriftlich, elektronisch und / oder telefonisch)

ja nein

Meine Rezepte und Überweisungen dürfen von folgenden Personen abgeholt werden:

Meine Befunde dürfen (persönlich, telefonisch) an folgende Personen übermittelt werden:

Sie können ihre Einwilligung jederzeit widerrufen und / oder Änderungen vornehmen.

Datum:

Unterschrift:

