



Datenschutzrechtliche Einwilligung:

Ich (Patient)

(kompletter Name, Geburtsdatum)

stimme der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxisklinik Kochel zu. Dies gilt auch über die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen hinaus. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir wurde auch ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- Mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- Mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerten) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen können, zu. Insbesondere bin ich mit Terminerinnerungen (z. B. SMS) für den Behandlungsfall einverstanden.**

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)