

Einverständniserklärung

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name & Vorname _____ geb. am _____
Telefon _____ Mobil _____
E-Mail _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern des MVZ offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger, Hausärzte sowie überweisende und mitbehandelnde Ärzte, übermittelt werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden durch Mitarbeiter des MVZ per SMS, telefonisch oder per E-Mail auf Termine und eventuelle Projekte des MVZ für Rheumatologie (z.B. Informationsveranstaltungen, etc.) hingewiesen zu werden.

Ich bin damit einverstanden durch Mitarbeiter des MVZ per SMS, telefonisch oder per E-Mail auf Termine und eventuelle Projekte des MVZ für Rheumatologie Dr. M. Welcker (z. B. Informationsveranstaltungen, etc.) hingewiesen zu werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde.

Name _____ Telefon _____
Name _____ Telefon _____

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen, oder angepasst werden.

Datum

Unterschrift