

PATIENTENEINWILLIGUNG PRAXISORGANISATION

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in der Ihnen bekannten „Patienteninformation 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:

EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit erkläre ich,

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

ein, dass ich damit einverstanden bin, dass die **Praxis Dr. med. Bidjan Massoudy Bodenstaffstr.12, 53179 Bonn** meine Daten für

- einen Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorge-Untersuchungen („Recall“) per

- E-Mail
- Telefon
- Fax

verwenden darf.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Die Einwilligungen sind freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

Ort, Datum

Unterschrift