

Patientendaten

Nachname	Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer	Postleitzahl / Ort	Telefon / Kontakt

Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, Datenspeicherung und Datenübermittlung nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass in der Praxis Dr. med. Michael Kübler meine Patientendaten erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Mir wurde eine Informationsbroschüre zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welcher ich keine weiteren Fragen habe.

Ich wurde über die Möglichkeit des Widerrufs und dessen Folgen informiert. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann, die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen bleiben hiervon unberührt.

Ich bin damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an weitere mich mitbehandelnde Ärzte, Physiotherapeuten und anderen Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Mit der Übermittlung eines Befundberichtes an meinen Hausarzt erkläre ich mich einverstanden.

Ich willige außerdem ein, dass meine Stammdaten zur Terminvereinbarung im praxisinternen Terminplaner gespeichert werden.

Vollmacht

Hiermit bevollmächtige ich bis auf Widerruf folgende Person(en) für mich hinterlegte Dokumente (z.B. Arztbriefe, Befunde, Rezepte, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Atteste etc.) in der Praxis Dr. med. Michael Kübler abzuholen:

Nachname, Vorname

Nachname, Vorname

Nachname, Vorname

Nachname, Vorname

Backnang, den

Ort, Datum

Unterschrift Patient /
Erziehungsberechtigte(r)