

**Einverständnis zur Erhebung und Übermittlung der Patientendaten
nach DSGVO Entwurf vom 07.06.2018**

Ich _____ geb. am _____

erkläre mich damit einverstanden, dass

- Die Praxis Dr. Britta Quirrenbach meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung in anderen, mich behandelnden, Praxen anfordern darf.
- Die Praxis Dr. Britta Quirrenbach meine Behandlungsdaten und Befunde, die für die Weiterbehandlung und Therapie durch eine andere, mich behandelnde, Praxis notwendig sind übermittelt.
- notwendige personenbezogene Daten zum Zwecke der Ergebnisauswertung von Blutuntersuchungen und Abstrichen an das Synlab Labor in Neuwied und das Zytologische Institut Dr. Swoboda weitergegeben werden.
- ich an Kontrolltermine per Mail, Brief oder telefonisch erinnert werde. (Recall-System)
- Folgende Personen sind berechtigt Befunde, Rezepte etc. für mich abzuholen:

Hinweis: Für andere als die oben aufgeführten Zwecke darf die Praxis Dr. Britta Quirrenbach meine Behandlungsdaten und Befunde nicht nutzen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift