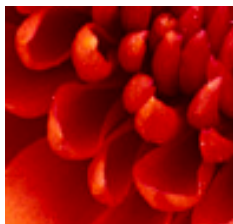


Dr.



med. Barbara Anna Nowitzky

Fachärztin für (Innere und)Allgemeinmedizin

Schongauer Str. 100

82380 Peißenberg

Tel

08803-3058 – Fax 08803-61138

praxis@dr-nowitzky.de - www.dr-nowitzky.de

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. Art. 13 DSGVO

Mit meiner Unterschrift erteile ich mein Einverständnis zur Übermittlung meiner in o.g. Arztpraxis erhobenen Daten. Mir ist bewusst, dass sämtliche erhobenen Daten lediglich im Rahmen und ausschließlich zum Zweck der medizinischen/ärztlichen/fachärztlichen Behandlung meiner Person erhoben werden.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung die nötigen Behandlungsdaten und Laborproben an die mitdiagnostozierenden und mitbehandelnden Ärzte und Labore sowie kooperierende Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zwecke der Untersuchung und Befundung weitergegeben werden. Mit eingeschlossen sind die Weitergabe von Behandlungsdaten an patientenseitig beauftragte Dienstleister (z.B. Pflege, Wund/Stomaversorgung etc.)

Ich habe das Recht, jederzeit eine umfangreiche Auskunft zu den zu meiner Person gespeicherten Daten zu erhalten.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Herausgabe und Sperrung sowie nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist auch die Löschung meiner personenbezogenen Daten in der o.g. Praxis sowie bei o.g. Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegen stehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort/Datum: _____

Vor/Zuname: _____

Unterschrift: _____