

**Ingo Brandt**

Arzt für Allgemeinmedizin  
Naturheilverfahren / Chirotherapie  
Osteopathie / Sportmedizin  
Neuraltherapie / Akupunktur

**Tibor Meschede**

Arzt für Allgemeinmedizin  
Chirotherapie / Osteopathie  
Palliativmedizin

**Dr. Silke Petersen**

Ärztin für Allgemeinmedizin



Waldstraße 14 · 31848 Bad Münster

Telefon 0 50 42 / 9 32 50

Telefax 0 50 42 / 93 25 11

## Einwilligungserklärung zur Datenschutzverordnung

Name und Anschrift:

---

---

---

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihre Gesundheit liegt uns am Herzen und wir möchten Ihre Gesundheit bewahren bzw. wiederherstellen. Um unser Anliegen zu Ihrem gesundheitlichen Vorteil umsetzen zu können, benötigen wir neben Ihrem aktuellen Gesundheitszustand und dessen bisherigem Verlauf.

Die DSGVO, welche seit dem 25.05.2018 anzuwenden ist, macht es erforderlich, dass wir die Einwilligung für die Erfassung, Verarbeitung, Speicherung und Weiterleitung Ihrer personenbezogenen Daten benötigen.

Ich habe die im Wartezimmer ausgelegte DSGVO 2018 zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der Erfassung, Verarbeitung, Speicherung und Weiterleitung personenbezogener Daten einverstanden (zutreffendes bitte ankreuzen):

- JA**
- NEIN**

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann (Artikel 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

---

Datum, Unterschrift

**Patientenvollmacht für die Befundübermittlung an Dritte/  
Abholung von Unterlagen durch Dritte**

*-als Anhang zur Einwilligungserklärung zur Datenschutzverordnung -*

**Name und Anschrift:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit erkläre Ich mich damit  einverstanden  
 einverstanden mit Ausnahme von:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NICHT einverstanden, das die Gemeinschaftspraxis Bakede meine vorliegenden Berichte, Befunde, Laborergebnisse o.ä. zu Behandlungszwecken an Krankenhäuser, Mit-/Weiterbehandelnde Ärzte weiterleiten darf.

Hiermit bevollmächtige Ich **folgende Personen**, für mich bestimmte Dokumente und Unterlagen in meinem Auftrag von der Praxis abzuholen, Formularbestellungen (Rezept,Überweisung,AU) für mich zu tätigen und Termine für mich zu vereinbaren bzw. abzusagen (*Bitte Name, Vorname und Geb. Datum angeben*) :

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre Ich mit damit einverstanden, das an **folgende Apotheke** meine Rezepte weitergeleitet werden dürfen (*zutreffendes bitte ankreuzen*):

- Adler Apotheke                       Deister Apotheke                       Markt Apotheke  
 St. Annen Apotheke                       Apotheke Deutsche Klinik  
 Andere: \_\_\_\_\_

Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Sollte sich an den oben aufgeführten Personen, Angaben oder Einrichtungen etwas ändern, so ist es meine Aufgabe dies der Praxis mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift