



# Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Bakede

Ingo Brandt • Tibor Meschede • Dr. Silke Petersen • Sarah Ahrens  
Ärzte für Allgemeinmedizin/ Innere Medizin/ Palliativmedizin/ Naturheilverfahren/ Akupunktur/ Sportmedizin/ Chirotherapie



05042/  
9325-0



05042/  
9325-11



Waldstraße 14  
31848 Bad Münster

## 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 auch dessen bisherigen 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

# Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Bakede

Ingo Brandt • Tibor Meschede • Dr. Silke Petersen • Sarah Ahrens  
Ärzte für Allgemeinmedizin/ Innere Medizin/ Palliativmedizin/ Naturheilverfahren/ Akupunktur/ Sportmedizin/ Chirotherapie



## **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, dass 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, dass 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