



Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Bakede

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



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