

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Liebe Patientinnen!

Um die Abläufe in unserer Praxis besser zu gestalten, benötigen wir für die einzelnen Verarbeitungstätigkeiten Ihre Einwilligung.

Dabei stellen wir durch technische und organisatorische Maßnahmen die Erhaltung des Datenschutzes nach den gesetzlichen Vorgaben der EU-Datenschutz-Grundverordnung sicher.

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung gegenüber der Praxis Dr. med. K. Carl / H. Böhme zur Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Weitergabe meiner Daten:

1. Ich bin mit der Weitergabe der entsprechenden Daten an das Labor und Abstrich-Labor einverstanden

Ja

nein

2. Ich bin mit der Weitergabe an Informationen an meinen Hausarzt einverstanden

Ja

nein

3. Ich möchte über auffällige Befunde informiert werden

Ja

nein

4. Ich bin mit einem Erinnerungsschreiben zur Terminabsprache zur Vorsorge (recall) einverstanden

Ja

nein

Ich bin darüber informiert, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Apolda,

Unterschrift