

Patienteninformation zum Datenschutz

Ich, _____ erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxismitarbeiter/innen der Praxis auf der Höhe mir telefonisch und/ oder per E-Mail über meine personenbezogenen Daten Auskunft erteilen. Die Legitimation erfolgt telefonisch über den Datenabgleich /z.B. Abfrage des zweiten Vornamens).

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann. Eine telefonische oder digitale (E-Mail) Auskunft über meine personenbezogenen Daten ist dann nicht mehr möglich.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten (m/w/d)