

## ☐ Einverständniserklärung zum Umgang mit persönlichen Daten\*

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten praxisintern unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert, geändert und gelöscht werden.

Aus dem Informationsblatt zum Datenschutz geht deutlich hervor,

- um welchem Umfang und welche Art meiner Daten es sich handelt,
- auf welchen Rechtsgrundlagen die Verarbeitung beruht,
- und, dass die Möglichkeit besteht, Widerspruch einzulegen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger und andere Ärzte übermittelt werden. Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass mein Einverständnis zur Informationsweitergabe jederzeit ohne Begründung widerrufbar ist. Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung meine Daten gelöscht.

Optional:

- ☐ Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerung über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.\*

## ☐ Einverständniserklärung zum Datenversand per E-Mail\*

Mir ist bekannt, dass die Datenversendung auf dem elektronischen Postweg (E-Mail) in aller Regel unverschlüsselt erfolgt. Die übermittelten Daten sind dabei nicht vor dem Zugriff Unberechtigter geschützt. Es besteht die grundsätzliche Gefahr, dass versandte Daten von Dritten abgefangen und gelesen werden.

In Kenntnis dieser Gefahr erteile ich der Praxis Änne Boldt hiermit ausdrücklich die Erlaubnis, Gesundheitsdaten mit Bezug auf meine Person per E-Mail ohne weitere Sicherungsmaßnahmen an nachbehandelnde Ärzte, Verrechnungsstellen oder andere von mir nachweislich bevollmächtigte Personen zu versenden und solche Daten von diesen auf gleichem Weg zu empfangen. Ohne mein Einverständnis müsste der Datenversand auf dem herkömmlichen Postweg erfolgen oder gänzlich unterbleiben.

Meine Einwilligungserklärung kann ich jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen, wobei der Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax übermittelt werden kann.

---

**Name, ggf. Anschrift**

---

**Ort, Datum, Unterschrift**

\* zutreffendes bitte ankreuzen