

Einverständniserklärung Informationsweitergabe

Dr. med. Volker Naumann

Name und Geburtsdatum des Patienten:	
---	--

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass ich über meine Mobilfunknummer:

_____ SMS Nachrichten, oder über meine e-

Mailadresse: _____ Nachrichten, wie

z.B. Terminbestätigungen, Terminerinnerungen, usw. erhalten darf.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger, Labore, Apotheken, Hausärzte und privatärztliche Verrechnungsstellen übermittelt werden.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Dateiname:

Erstellt: *Gabi Naumann*

Geprüft: *Volker Naumann*

Freigegeben: *Gabi Naumann*

am: *27.09.16*

am: *27.09.16*

am: *27.09.16*

Seite 1 von 1

Version:

gültig ab: *27.09.16*

Änderung vorgenommen
am *23.09.21* GN