



Einwilligungserklärung zur Einsichtnahme in Patientenunterlagen

Hinweise zum Datenschutz

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Wir werden Ihre Angaben daher sorgfältig und entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz verarbeiten, nutzen und insbesondere nicht ohne Ihre Zustimmung oder ohne gesetzliche Verpflichtungen an Dritte weitergeben. Bitte beachten Sie auch unsere Patienteninformation (Hinweis auf Aushang oder ggf. Aushändigung Patientenflyer).

Einwilligung Datenschutz

Ich, _____, geb. _____,

wohnhaft in _____

bin heute zur ärztlichen Behandlung durch Herrn Dr. med. Jörg Böttjer in dessen Sprechstunde erschienen.

Ich willige ausdrücklich ein, dass Herrn Dr. med. Jörg Böttjer unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen, berufsrechtlichen und strafrechtlichen Vorschriften meine vollständigen Behandlungsdaten (EDV-Daten sowie ggf. handschriftliche Aufzeichnungen und Röntgenbilder, etc.) zu Behandlungszwecken aus der Patientenkartei von Herrn Dr. med. Rolf-Wilhelm Budde einsehen darf, in seine eigene Patientenkartei überträgt und diese Behandlungsdaten nutzt. Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis.

Recht auf Widerruf

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Praxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Datenerhebung, -übertragung und -nutzung. Mein Widerruf kann schriftlich per E-Mail an **info@hautarzt-bueckeberg.de** oder per Postbrief an Herrn **Dr. med. Jörg Böttjer, Lange Str. 62 in 31675 Bückeberg**, erfolgen ohne dass dafür Kosten anfallen, abgesehen von den Kosten der Übermittlung des Widerrufs (zu den Basistarifen).

Bückeberg, den _____

Unterschrift