



DR.MED ANNA SCHWARTZMANN

Privatpraxis für Pneumologie,
Allergologie und Palliativmedizin

Datenschutzerklärung

Name, Vorname: _____

geb.: _____

Ich gebe mein Einverständnis, dass meine Daten und Befunde im Rahmen der Zweckbestimmung, unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen, erhoben, verarbeitet und an **weiterbehandelnde Ärzte, Labore und Kliniken** übermittelt werden dürfen.

Diese Vollmacht gilt auch für von uns einzuholende Vorbefunde anderer Ärzte und Kliniken.

Zudem bin ich damit einverstanden, dass Informationen an folgende Personen/Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität festgestellt wurde:

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Hiermit willige ich ein, dass mich die oben genannte Praxis und Doctolib per Telefon und Post kontaktieren dürfen.

Die Information zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung in unserer Praxis habe ich zur Kenntnis genommen.

Diese Erklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in