



**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