

Dokterhuus Silberstedt gGmbH

An't Dokterhuus 1
24887 Silberstedt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bisher wurden Sie in der Einzelpraxis von _____
(Name des Arztes/der Ärztin bitte eintragen)

medizinisch betreut. Ab dem 01.09.2019 wird der oben genannte Arzt/die oben genannte Ärztin die Tätigkeit im neu gegründeten kommunalen Medizinischen Versorgungszentrum fortsetzen, das von der Dokterhuus Silberstedt gGmbH betrieben wird. Damit wir Ihre Patientendaten an die Dokterhuus Silberstedt gGmbH übermitteln dürfen, benötigen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen Ihre Einwilligung.

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit willige ich _____
(Nachname, Vorname, Geburtsdatum)

ein, dass der oben genannte Arzt/die oben genannte Ärztin, meine Patientendaten an die Dokterhuus Silberstedt gGmbH zum Zwecke der weiteren Behandlung durch angestellte Ärztinnen und Ärzte übermitteln darf.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient

Datenweitergabe innerhalb der Dokterhuus Silberstedt gGmbH

Hiermit willige ich _____
(Nachname, Vorname, Geburtsdatum)

ein, dass die Dokterhuus Silberstedt gGmbH meine Patientendaten praxisintern allen Ärztinnen und Ärzten sowie dem nicht-ärztlichen Praxispersonal offenlegen darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Ich bin darüber unterrichtet, dass alle Beschäftigten der Dokterhuus Silberstedt gGmbH zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und dementsprechende Verschwiegenheitsverpflichtungen unterschrieben haben.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient

Ich gebe diese Erklärungen freiwillig ab.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligungen bis dahin erfolgten Verarbeitung personenbezogener Daten nicht berührt.