



Datenschutzerklärung zur Behandlung in der Praxis Dr. Eickel

Ich _____

nehme die Informationen zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz zur Kenntnis und gebe meine Einwilligung dazu, dass meine persönlichen Daten im Rahmen der **gesetzlichen Bestimmungen** verarbeitet und genutzt werden. Weiterhin erkläre ich:

1) Ich willige ein, dass meine persönlichen Daten zur Erbringung von Untersuchungen, Operationen und Endoskopien an das Klinikum Bielefeld gGmbH übermittelt werden.

Ja

Nein

2) Für den Fall der Kontaktaufnahme zur Weiterbehandlung in anderen Arztpraxen oder medizinischen Einrichtungen bin ich mit der Übermittlung meiner Daten einverstanden.

Ja

Nein

Sofern ich meine Einwilligung erteilt habe, entbinde ich die Mitarbeiter der Praxis Dr. Eickel von der ärztlichen Schweigepflicht.

3) Die Informationen zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz sowie eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ja

Sollen mir an meine, der Praxis mitgeteilten E-Mailadresse elektronisch übermittelt werden.

Ich verzichte ausdrücklich und freiwillig auf eine persönlich Kopie.

4) Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser der Praxis Dr. Eickel zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Bielefeld, den _____

Name: _____

Unterschrift: _____