



Einwilligungserklärung gemäß DSGVO

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

E-Mail

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine o.g. personenbezogenen Daten zur medizinischen Dokumentation und Behandlung von der Praxis Dr. med. Verena Peterschik genutzt und verarbeitet werden.

- Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass diese Daten, im Falle einer notwendigen Labordiagnostik, an das Laboratorium Medizinisches Versorgungszentrum Dr. med. Helge Riegel GmbH Kreuzberger Ring 60 65205 Wiesbaden weitergegeben und dort verarbeitet werden.
- Sollten andere Fachärzte oder Krankenhäuser Behandlungsdaten von den bei mir durchgeführten Behandlungen/Untersuchungen anfordern, bin ich damit einverstanden diese Befunde herauszugeben, wenn seitens des anfordernden Arztes/Krankenhaus eine Identifikation (vollständiger Name + Geburtsdatum) erfolgt.
- Ich erlaube der Praxis Dr. med. Verena Peterschik meine Daten und ggf. Befunde mir und anderen behandelnden Ärzten auf dem Datenweg zu übermitteln. Mir ist bekannt, dass diese Übermittlung unverschlüsselt erfolgt.

Mir ist bekannt, dass ich diesen Bestimmungen nicht oder nur teilweise zustimmen darf und Sie jederzeit in Schriftform widerrufen kann.

Datum

Unterschrift des Patienten
bzw. gesetzl. Vertreters