

DATENSCHUTZ gemäß Art.9 Abs.2 DSGVO

Name, Vorname: _____

Ich willige ein, dass mein behandelnder Arzt/Ärzte innerhalb der Behandlungskette meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung erfassen, bearbeiten und speichern darf. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit, auf schriftlichen Antrag, unentgeltlich Auskunft über die personenbezogenen Daten, die über mich gespeichert wurden erhalten kann. Zusätzlich habe ich das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten, Sperrung und dem keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder andere Gesetze entgegenstehen.

- Ich willige ein
- Ich willige nicht ein

Unterschrift

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter
Ort/Datum: Obertshausen,

Bitte ankreuzen:

- Einwilligung zum Recall-System per
 - SMS**
 - E-Mail**und
- Einwilligung zur Terminerinnerung per **SMS**
- Ich erteile nicht die Einwilligung!

Handynummer:

E-Mail:

Unterschrift

Ich erteile die Einwilligung und wurde darüber aufgeklärt, dass ich diese jederzeit widerrufen kann.

Unterschrift Patient/ Erziehungsberechtigter
Ort/Datum: Obertshausen,
