



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG DER DATENVERARBEITUNG

Name: Vorname:

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Schwarzott, Markdorferstr. 91 in 88048 Friedrichshafen:

- Meine Daten und Patienteninformationen per E-Mail in unverschlüsselter Weise, also auch unsicher, übertragen darf, und zwar an: Empfänger im Rahmen des Behandlungsvertrages.
- Die Kontaktaufnahme zur Vergabe, Absage, Verschiebung oder Erinnerung von Terminen ist auch über SMS/WhatsApp möglich.
- Meine Daten und Patienteninformationen per Telefon kommuniziert werden dürfen, und zwar an: Empfänger im Rahmen des Behandlungsvertrages.
- Meine Daten und Patienteninformationen per Telefax in unverschlüsselter Weise, also auch unsicher, übertragen darf, und zwar an: Empfänger im Rahmen des Behandlungsvertrages.

Die Weitergabe der Patienteninformationen erfolgt zu folgenden Zwecken:

Erfüllung des Behandlungsvertrages und zur Kontaktaufnahme mit den beteiligten Personen und Institutionen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

1. Die im Rahmen der vorstehend genannten zweckerhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der aktuellen datenschutzrechtlichen Regelungen und gesetzlichen Bestimmungen erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
2. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
3. Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
4. Ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Praxis Dr. Schwarzott

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf der gesetzlichen Frist und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung an den Verantwortlichen gelöscht.

Ort / Datum: Unterschrift: