



Einwilligung in die Nutzung medizinischer Daten

Ich,

_____ (Vorname, Name) willige ein, dass Stefanie Kriesl und die Mitarbeiter der Praxis meine personenbezogenen und Gesundheitsdaten im Rahmen des bestehenden Behandlungsvertrages verarbeiten, d.h. speichern, kopieren, ändern, löschen usw. dürfen.

Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung des Behandlungsvertrages genutzt und, außer in den gesetzlich geregelten Fällen, insbesondere einer ausdrücklichen Einwilligung meinerseits, nicht an Dritte weitergegeben. Die Verarbeitung Ihrer Daten ist nach Art.6 (1) a iVm. Art. 9 (1) Nr.1 DSGVO nach Erteilung der Einwilligung rechtmäßig.

Des Weiteren willige ich ein, dass Stefanie Kriesl und die Mitarbeiter der Praxis mit mir telefonisch, postalisch oder per E-Mail Kontakt aufnehmen können.

Ich habe die ausgehändigte Patienteninformation gelesen und stimme dieser zu.

Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen von meinem Widerrufsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung für die Zukunft abändern oder widerrufen. Der Widerruf erfolgt mittels einer Erklärung gegenüber Stefanie Kriesl. Dieser kann persönlich, telefonisch, postalisch oder per E-Mail erfolgen.

Stefanie Kriesl
St. Emmeram 52
81925 München
Tel: +49 (0)89-92334336
Email: sk@stefanie-kriesl.de

Es entstehen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den geltenden Tarifen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in