



## Einwilligung in die Datenverarbeitung

**Liebe Patienten/innen,**

mit 25. Mai 2018 tritt EU-weit die Datenschutz-Grundverordnung in Kraft.

Diese macht es notwendig, dass wir explizit Ihr aktives Einverständnis einholen, um Sie weiterhin im vollen Umfang betreuen zu können.

Wir ersuchen Sie daher, der folgenden Erklärung, Ihre Zustimmung zu geben:

Ich, \_\_\_\_\_ ,  
**Name und Geburtsdatum**

stimme der folgenden Erklärung ausdrücklich zu (**bitte ankreuzen/ausfüllen**):

### **1. Persönliche Kontaktdaten**

- Telefon: \_\_\_\_\_
- Fax: \_\_\_\_\_
- Handy: \_\_\_\_\_
- Email: \_\_\_\_\_
- Adresse: \_\_\_\_\_

**Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Emails und ähnliche Datendienste zum Teil unverschlüsselt sind und damit Ihre Daten praktisch über das Internet öffentlich werden könnten.**

### **2. Angehörige und Kontaktpersonen**

- Meinen unten genannten Kontaktpersonen gegenüber dürfen Sie Auskunft über meine Behandlung erteilen und bei Bedarf notwendige Unterlagen (Rezepte, Bescheinigungen, Befunde) aushändigen.
- Meine unten genannten Kontaktpersonen dürfen Sie über Termine und Terminänderungen informieren.
- Danke, ich möchte meine Angehörigen selbst informieren.

**Name und Geburtsdatum der berechtigten angehörigen Person(en):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1  
vo  
n  
2

<b>Version:</b> 2.0	<b>Erstellt:</b> K. Eckert	<b>Datum:</b> 07.02.2018
<b>Dokumentenpfad:</b> 2.1.1.3	<b>Freigegeben:</b> B. Sadraie	<b>Datum:</b> 08.02.2018
<b>Kriterium:</b> 2.1.1	<b>Ziel:</b> 1 - Kernziel	



**Schwerpunktpraxis Diabetes & Rheuma**  
**hausärztlich-internistische Versorgung**

Mecklenburgische Str. 20, 10713 Berlin - Wilmersdorf  
Tel.: 030-8243368 Fax: 030-8243790 Email: kontakt@dir-praxis.de

**3. Externe Datenverarbeitung**

- Ich erlaube Ihnen die Kommunikation mit anderen Ärzten, z.B. Fachärzten und Klinikärzten, Pflegediensten, Apotheken und anderer medizinischer Einrichtungen, zur Erteilung notwendiger Auskünfte und bei Bedarf die Weitergabe der für mich ausgestellten Rezepte und anderer Unterlagen.
- Danke, aber ich übernehme den Kontakt zu anderen Ärzten, Pflegediensten, Apotheken selbst.

**Belehrung und Widerruf**

Meine Daten werden ausschließlich von den genannten Unternehmen verarbeitet, aber NICHT an Dritte weitergegeben.

Ich bestätige, dass die Verarbeitung (Erhebung, Speicherung, Verwendung zu den zuvor genannten Zwecken) meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt.

Mir ist bewusst, dass ich die Einwilligung in die Verarbeitung meiner Daten verweigern hätte können.

Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Daten jederzeit widerrufen kann und meine Daten bis zum Einlangen meines Widerrufs rechtmäßig verarbeitet werden dürfen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass mit Widerruf meines Einverständnisses, zukünftig keinerlei Informationen über meine Person verarbeitet werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich folgende Möglichkeiten habe, Widerruf gegen die Verarbeitung meiner Daten zu erklären:

1. Schriftlich/Auf dem Postweg:

Schwerpunktpraxis Diabetes & Rheuma, B. Sadraie, M. Bozorg  
Mecklenburgische Str. 20, 10713 Berlin - Wilmersdorf

2. Schriftlich/Per E-Mail:

kontakt@dir-praxis.de

Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung meine Daten nicht weiter verarbeitet und zu den gesetzlichen Mindestaufbewahrungsfristen archiviert (§ 10 Abs. 3 Berufsordnung).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

2	<b>Version:</b> 2.0	<b>Erstellt:</b> K. Eckert	<b>Datum:</b> 07.02.2018
vo	<b>Dokumentenpfad:</b> 2.1.1.3	<b>Freigegeben:</b> B. Sadraie	<b>Datum:</b> 08.02.2018
n	<b>Kriterium:</b> 2.1.1	<b>Ziel:</b> 1 - Kernziel	
2			