



EINWILLIGUNG ZUR DATENVERARBEITUNG (NACH EU-DSGVO) | LADBERGEN DEN 24.05.2018

Hiermit bevollmächtige ich,

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße & Hausnummer

PLZ

Ort

die Hausarztpraxis Dres. med. zu Bentheim, Alte Schulstraße 5, 49549 Ladbergen,
widerruflich zur Weiterleitung auch per Fax, E-Mail oder postalisch

1. von Rezepten an Apotheken
2. von Berichten, Diagnosen und Laborergebnissen, an Kliniken, Facharztpraxen zur Vor-, Nach- und Weiterbehandlung, an Pflegedienste, Krankenkassen, kassenärztliche Dienste und Unfallversicherungen.
3. zur Bearbeitung der Recall-Listen (Terminvergabemanagement).
4. zur Anforderung von Facharztberichten und Berichten aus Kliniken.
5. zur Einholung von Informationen bei der Krankenkasse.
6. zur Einholung von Informationen beim ambulanten Pflegedienst.
7. zur Speicherung der erhobenen und personenbezogenen Daten, im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften.

ferner berechtige ich die Hausarztpraxis Dres. zu Bentheim

» zur der Mitgabe von Befunden, Überweisung, Einweisungen und Rezepten an

» zur telefonischen Auskunft über persönliche Untersuchungsergebnisse an mich, von mir selbst, von mir gesetzlich Betreuten oder meinen nicht volljährigen Kindern.

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit ganz oder teilweise ohne Nachteile widerrufen.
Die „Patienteninformation zum Datenschutz“ nach EU-DSGVO habe ich zur Kenntnis genommen.
Eine Ausführung ist im Wartezimmer ausgelegt, eine Kopie kann Ihnen ausgehändigt werden.
Selbstverständlich können Sie Teile dieser Einwilligung streichen oder ergänzen.

Datum, Unterschrift Vollmachtgeber