

## Einwilligungserklärung zum Datenschutz

Stand: 01.06.2023

Zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten im Sinne der DSGVO durch den Facharzt:

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis MVZ Rheinische Radiologie meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Ein Informationsblatt zum Datenschutz liegt zur Einsicht in der Praxis aus, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten.
- über die Gründe der Verarbeitung über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- die Praxis MVZ Rheinische Radiologie bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern (z.B. Labore, Krankenhäuser) die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde anfordert und für die Zwecke der Weiterbehandlung verarbeitet und nutzt.
- die Praxis MVZ Rheinische Radiologie meine Behandlungsdaten und Befunde an mich, behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer (z.B. Labore, Krankenhäuser) übermittelt.
- ich bei Angabe meiner Mobilnummer oder E-Mail an meine zukünftigen Termine erinnert werde.

Es ist mir bekannt, dass ich das Recht auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung und auf Datenübertragbarkeit habe.

Ebenso ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon (privat): \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich möchte eine Kopie der Einwilligung zur DS-GVO ausgehändigt bekommen:  ja  nein

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters