

## **Einwilligungserklärung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten nach neuer Datenschutzgrundverordnung**

Name, Vorname, Geburtsdatum

---

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten (Befunde, Arztbriefe, Laborbefunde, Rezepte, Behandlungsunterlagen, Kontaktdaten) an meine weiterbetreuenden Ärzte, Heilpraktiker oder medizinische Institutionen versendet bzw. angefordert werden dürfen.

Ja

Nein

Weiterhin gebe ich mein Einverständnis, dass Überweisungen, Befunde, Rezepte, Verordnungen, Privatrechnungen an nachfolgende Angehörige ausgehändigt werden dürfen.

Ja

Nein

Ehepartner/Lebensgefährte:

---

Angehöriger/Vorsorgebevollmächtigter:

---

Gesetzlicher Vertreter:

---

Ich gebe mein Einverständnis, dass auch Kontakt über unsichere Medien (unverschlüsselte e-Mails, SMS) stattfinden darf.

Ja

Nein

Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Datum:

Unterschrift des Klienten/Kunden: