

Ich,

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

nehme zur Kenntnis, dass in der Frauenarztpraxis Dr. Vogel & Fugunt meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Ich wurde auf ein aushängendes Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis hingewiesen, zu welchem ich Rückfragen stellen konnte

über den Umfang und die Art meiner Daten,

über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung und

über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- die bisher in der Gemeinschaftspraxis Dres. Storz/ Vogel vorliegende Patientenakte auch Fr. Fugunt zur Verfügung gestellt wird und sie in der Gemeinschaftspraxis Dr. Vogel/Fugunt Zugriff darauf hat.
- meine behandelnde Ärztin oder deren Vertreter/-in anderen Ärzten/Psychotherapeuten oder Leistungserbringern meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.
- meine behandelnde Ärztin oder deren Vertreter/-in bei meinen anderen Ärzten/Psychotherapeuten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt/einholt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt/Psychotherapeut zu erbringenden Leistungen verarbeitet und nutzt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

---

Datum

---

Unterschrift