

Einwilligungserklärung laut DSGVO zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

	Name	Vorname	Geburtsdatum
Kind			
Mutter			
Vater			
andere			

Sorgeberechtigt ist/ sind: beide nur Mutter nur Vater
 andere: _____

Ich/ Wir wurde/ n darüber informiert, dass die Behandlung in der Praxis die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert.

Ich / Wir erkläre/n mich/ uns einverstanden, dass in der Praxis Anna Kappes die Patientendaten meines/ unseres o.g. Kindes erhoben und verarbeitet werden.

Mir/ Uns wurde/ n ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich/ wir auch Rückfragen stellen konnte/n:

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

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

Ich bin der Nutzung meiner Daten zu Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen einverstanden, auch für die Kontaktaufnahme für eventuell nach der Behandlung notwendigen Nachsorgeterminen.

Müllheim, _____ Datum _____ Unterschriften der Sorgeberechtigte _____ Unterschrift des Patienten