

Patienten-Einverständniserklärung & Datenschutz

1. Angaben zur Person

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

2. Einwilligung zur Behandlung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich von folgender Praxis / Anbieter behandelt / beraten werde:

Praxis Dr. med. Gerd Schaumburg Facharzt für Allgemeinmedizin
In der Wälzebach 4 34537 Bad Wildungen – Braunau

Ich wurde über Art, Umfang und Ziel der Behandlung informiert und hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen.

3. Kontaktaufnahme

Ich bin damit einverstanden, dass ich zu Terminabsprachen kontaktiert werde über:

☐ Telefon

☐ E-Mail

☐ SMS / Messenger (z. B. WhatsApp)

Hinweis: Bei digitalen Kommunikationswegen können Sicherheitsrisiken bestehen.

4. Datenverarbeitung (DSGVO)

Ich willige ein, dass folgende Daten verarbeitet werden:

- Stammdaten (Name, Adresse, Geburtsdatum)
- Kontaktdaten (Telefon, E-Mail)
- Gesundheitsdaten (sofern erforderlich)

Zweck:

- Behandlung
- Dokumentation
- Abrechnung
- Terminorganisation

Rechtsgrundlage:

Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO

Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO

5. Speicherung der Daten

Die Daten werden vertraulich behandelt, nur gesetzlich erforderlich gespeichert und vor unbefugtem Zugriff geschützt.

6. Weitergabe von Daten

Keine Weitergabe an Dritte, außer:

- ☐ mit Zustimmung
- ☐ gesetzlich erforderlich
- ☐ zur Abrechnung

7. Widerrufsrecht

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

8. Rechte der betroffenen Person

Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde.

9. Schweigepflicht

Alle Informationen werden vertraulich behandelt.

10. Einverständniserklärung

Ich habe alles gelesen und stimme der Verarbeitung meiner Daten zu.

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

Unterschrift Behandler: _____