

Einverständniserklärung des Patienten zum Datenschutz

Durch den Patienten auszufüllen!

Ab dem 25. Mai 2018 tritt die neue Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) in Kraft. Um Sie weiterhin über Ihre Termine, anderweitige Informationen zu Ihrer Behandlung oder allgemein informieren zu dürfen, sie anrufen zu dürfen benötige ich Ihre ausdrückliche Einwilligung.

Die Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten erfolgt gemäß der aktuellen datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Bitte beachten Sie dazu auch meinen Link zur Datenschutzerklärung. <https://dsgvo-gesetz.de>

Einwilligung von

Name, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis von Frau Dr. Monika Eichenauer, mich

per Email _____

per Festnetznummer _____

per Mobilnummer _____

erreichen kann, um mit mir Termine zu vereinbaren und Informationen auszutauschen.

Ihre Einwilligung können Sie jederzeit mit einer E-Mail unter info@dr-eichenauer.de widerrufen bzw. uns sicherheitshalber im eigenen Interesse schriftlich zusenden.

Ort/ Datum

Unterschrift