

Patienteneinwilligung zur Datenverarbeitung

Hiermit willige ich,

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ein, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde durch das MVZ arGon Standort Große Bleichen an den von mir nachfolgend benannten Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung übermittelt werden.

Name und Anschrift des Hausarztes:

Darüber hinaus willige ich ein, dass meine Behandlungsdaten und Befunde zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken an folgende weiterbehandelnde Ärzte, Krankenhäuser, Psychotherapeuten oder sonstige medizinische Leistungserbringer übermittelt werden.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass das MVZ arGon Standort Große Bleichen die bei den o.g. Ärzten und medizinischen Leistungserbringern vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde anfordert, soweit diese für meine Behandlung im MVZ arGon Standort Große Bleichen erforderlich sind.

Mit einer Terminerinnerung via SMS bin ich einverstanden.

- Ja
 Nein

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit formlos widerrufen kann.
Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft – bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Hamburg, den

Unterschrift Patient

Sitz der Gesellschaft: Hamburg • Handelsregister Amtsgericht Hamburg HRB 104850 • USt-ID-Nr. DE257676769 • Steuer-Nr. 27/259/00034
Geschäftsführer: Pia Stein, Philip Wettengel
Bankverbindung: Hamburg Commercial Bank AG • Konto-Nr.: 1000 540 418 • BLZ 210 500 00 • IBAN DE10210500001000540418 • BIC HSHNDEHHXXX