

Dr. med. Marlen v. Wolffersdorff  
Fachärztin für Innere Medizin  
Hausärztliche Versorgung  
Radeberger Str. 18, 01900 Großröhrsdorf  
Tel. 035952/447662 Fax 035952/447663

**Einverständnis zur Informationsweitergabe (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO))**

Vorname ..... Nachname .....  
Geburtsdatum .....

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten allen Mitarbeitern der Praxis – sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist – zugänglich sind. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen, übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxismitarbeiter mit mir Kontakt aufnehmen:

Telefon ..... Mobil .....  
Email .....

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit, mit Wirkung auf die Zukunft, widerrufen kann.

Datum: ..... Unterschrift: .....