



# MOBILE KINDERÄRZTIN DR. BIRTE LIEBIG

Dr. Birte Liebig • Humboldtstrasse 9 • 22083 Hamburg

## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

### Personendaten

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherungsnehmers

Geburtsdatum

Anschrift, Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Rechnungsanschrift (*falls abweichend*)

E-Mailadresse

Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. mobile Arztpraxis meine personenbezogenen Daten und Angaben zu Gesundheit, Diagnose und Therapie (im Folgenden „Daten“ genannt) verarbeitet und speichert, weil o.g. Arztpraxis die Daten für meine ärztliche Betreuung benötigt, um den Heilverlauf zu dokumentieren, die Abrechnung der ärztlichen Leistung durchführen zu können und mich ggfls.an Vorsorgetermine oder andere vereinbarte Termine erinnern zu können.

Sofern übergeordnete Gesetze und Vorschriften eine Verarbeitung erforderlich machen, ist die Praxis berechtigt meine Daten an Dritte weiterzugeben (wie Verrechnungsstellen, Gesundheitsamt, Finanzbehörden, auftragsdatenverarbeitende Dienstleister). Eine solche Datenweitergabe erfolgt nur, wenn die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften durch Vertragsvereinbarung sichergestellt ist.

Sofern eine Rücksprache mit weiteren mich behandelnden oder in der Vergangenheit behandelten Ärzten nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass die Praxis diesen Kontakt aufnimmt und entbinde hiermit meinen Arzt für diesen Zweck von der Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass meine Angaben freiwillig erfolgen und ich bin mir bewusst, dass ich diese datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Wahrung einer bestimmten Form widerrufen kann.

Ich bin jederzeit berechtigt, Einsicht in meine Daten zu erhalten, sowie deren Sperrung, Berichtigung und Löschung zu verlangen. Bei erfolgtem Widerruf oder Löschungsverlangen ist die Praxis verpflichtet, meine gespeicherten Daten unverzüglich zu löschen bzw. technisch nicht möglich oder unverhältnismäßig aufwendig, ersatzweise zu sperren, sofern keine gesetzliche Aufbewahrungsfristen dem entgegenstehen.

Ort, Datum

Unterschrift des Sorgeberechtigten/Patienten