

Dr. med. Peter Strauven, MSc.
Master of Science in Preventive Medicine
Facharzt für Allgemeinmedizin
Ernährungsmedizin

Einverständniserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten gem. Art. 13 DSGVO

1. Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine **Behandlungsdaten** an mitbehandelnde Ärzte/ Labore **übermittelt werden** bzw. Behandlungsdaten **von anderen mitbehandelnden Ärzten/ Laboren eingeholt werden** dürfen.

JA NEIN

2. Ich bin damit einverstanden, dass **meine Laborproben** an ein mit der Praxis **kooperierendes Labor und Speziallabore** ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung **übermittelt** werden dürfen.

JA NEIN

3. Ich bin damit einverstanden, dass ich an **Termine bzw. Recalls** einen Tag vor dem Termin per SMS oder E-Mail, über das Doctolip-Praxissystem **erinnert** werde.

JA NEIN

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

An folgende Angehörige/ Personen dürfe, nach Feststellung der Identität, Behandlungsdaten weitergegeben werden (Name/ Adresse/ Telefon):

1. _____
2. _____
3. _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter
