

## Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

---

Vorname, Name

Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass in den Praxen „AMC Praxen MVZ GbR“, Dr. Musa von Löwenstern, Dr. Luckert, Dr. Künzel, meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich konnte Einsicht nehmen in ein Informationsblatt zum Datenschutz, zu welchem ich Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsbedarf hinaus einverstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreters