

Einverständniserklärung Datenschutz- Grundverordnung DSGVO

Hiermit erkläre ich, _____
Name, Vorname Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

☒ Auftragslaboratorien *zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können.
Privatärztliche Verrechnungsstelle *
Weiterbehandelnde Ärzte/Kliniken

☐ Postweg (Wenn frankierte Umschläge bei uns hinterlegt sind)

☐ Vorab Fax an Apotheken. Welche: _____

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte von anderen Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen, wenn diese die Versichertenkarte vorlegen können.

☐ ja ☐ nein

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b dieser Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum, Unterschrift

*Die genauen Anschriften sind beim Personal der Anmeldung zu erfragen