

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung Patient
(Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1
DSGVO) durch die

Praxis Mockstadt, Dr. med. Oliver Meub, Dr. med. Ina Kramm
In der Grobach 18
61197 Florstadt
Tel.: 060418238250

Patient/in:

Name: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten intern allen Mitarbeitern der
Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich
ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur
Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung
unterschrieben haben.

Ich stimme hiermit der Speicherung und Weitergabe meiner
personenbezogenen Daten durch die Praxis für folgende Zwecke zu:

- Abrechnung mit meiner gesetzlichen Krankenkasse
- Übermittlung von Daten an meine private Krankenkasse oder private
Zusatzkrankenkasse bei privater Zusatzversicherung, wenn eine
ausdrückliche Aufforderung und eine schriftliche
Schweigepflichtentbindung durch mich erfolgte
- Weitergabe von Patientendaten an Labore
- Dialog mit Vor-, Mit- und Nachbehandlern
- Foto - Wunddokumentationen

Hiermit entbinde ich Dres. med. Meub und Kramm von der ärztlichen
Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen

Ich bin hiermit darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung
jederzeit gem. Art. 7 Abs. 3 DSGVO schriftlich (auch per E-Mail) an die
Praxis widerrufen kann. Mir ist bekannt das mein jederzeit möglicher
Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung
bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3
DSGVO).

Ort, Datum, Unterschrift (bei minderjährigen ein Elternteil)



Dr. med. Oliver Meub

FA Allgemeinmedizin

FA Innere Medizin

(privatärztlich)

Dr. med. Ina Kramm

FÄ Allgemeinmedizin

(angest.)

In der Grobach 18

61197 Florstadt

www.praxis-mockstadt.de

Tel.: 06041 8238250

Fax: 06041 8239990