

# Zustimmung zur Nutzung\* von Patientendaten für die Praxisorganisation / unseren Service

Bitte kreuzen Sie im Folgenden an mit welchen Nutzungszwecken durch die **Hausarztpraxis am Ox-Brunnen, Marktplatz 31, 88416 Ochsenhausen**, Sie einverstanden sind. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

Ich stimme zu, dass meine Kontakt-Daten für einen Erinnerungsservice für (wiederkehrende) Untersuchungen genutzt werden können.

Telefon, Telefonnummer: \_\_\_\_\_

SMS, Handynummer: \_\_\_\_\_

verschlüsselte\*\* E-Mail, E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Fax, Faxnummer: \_\_\_\_\_

Post

Ich stimme der Bildaufnahme, z. B. zur Wunddokumentation, Verlaufsdokumentation von Hautveränderungen zu.

Rezepte und Überweisungen dürfen ausgehändigt werden an:

\_\_\_\_\_

Auskunft darf erteilt werden an:

\_\_\_\_\_

Es ist mir bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Die Zustimmung ist freiwillig, das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

Über das Ausliegen des Datenschutz Informationsblattes in welchem die Nutzung, Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten erläutert wird, wurde ich informiert.

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Ochsenhausen, den \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

\* Im Sinne von „Verarbeiten“ nach Artikel 4 Nr. 2 DS-GVO

\*\* S/MIME oder PGP