

# MVZ Hausarztzentrum

## Dr. Herdemann GbR

Allgemeinmedizin – Innere Medizin – Naturheilverfahren – Palliativmedizin –  
Geriatric – Verkehrsmedizin - Ernährungsmedizin



### Einwilligung für Datenübermittlung

**Patientennamen:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

Ich willige ein, dass die Mitarbeiter des MVZ Hausarztzentrum Befundanforderungen (Berichte, Laborausdrucke, etc.) an Krankenhäuser, Fachärzte, den Medizinischen Dienst, Pflegeorganisationen und an Angehörige des Patienten schicken, faxen oder/und mailen dürfen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Details zur Datenschutzgrundverordnung liegen in der Praxis aus und wurden von mir zur Kenntnis genommen.

---

Datum, Unterschrift Patient bzw. Betreuer