

MVZ Hausarztzentrum Dr. Herdemann GbR

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



Einwilligung Patient

Ich _____ (Name, Geburtsdatum Patient)

stimme zu, dass folgende Personen

_____ (Name)

_____ (Name)

_____ (Name)

_____ (Name)

Termininformationen einholen, Termine vereinbaren bzw. ändern dürfen,
Befundinformationen einholen dürfen und Rezepte, Taxischeine,
Krankenhauseinweisungen, Überweisungen, Au-Bescheinigungen, Verordnungen
häuslicher Krankenpflege sowie sonstige Formulare bestellen und abholen 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.

Bitte bringen Sie bei Abholung Ihrer Unterlagen Ihren gültigen Personalausweis mit.

Vielen Dank !

Datum, Unterschrift Patient bzw. Betreuer