

MVZ Hausarztzentrum

Dr. Herdemann GbR

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



Einwilligung Patient/Personal

Apotheke/Sanitätshäuser

Patientennamen: _____

Geburtsdatum: _____

Ich willige ein, dass die Mitarbeiter der Apotheke/Sanitätshäuser

_____ (Name)

_____ (Name)

_____ (Name)

für mich Rezepte, Taxischeine, Einweisungen, Überweisungen, Verordnung häuslicher
Krankenpflege sowie sonstige Formulare bestellen und abholen dürfen,
diese per Post/Fax/Mail ggf. zugeschickt werden.

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