



Dr. med. J. Demmerle und
Dr. (BG) Y. Seiferth GbR

Tel. 0 63 02 – 25 26
Mail kontakt@mvz-nordpfalz.de
Web mvz-nordpfalz.de

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. Art. 13 DSGVO

Name, Vorname: _____

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass:

das MVZ Nordpfalz für mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzt*innen und Leistungserbringer*innen zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.

Im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten mitbehandelnden Ärzt*innen/Labore übermittelt werden dürfen.

Meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu Meiner Person gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die **Berichtigung, Löschung** und **Sperrung** meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden kann.

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nach Feststellung der Identität, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name / Adresse / Telefon-Nummer:

1. _____

2. _____

3. _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)