

EINWILLIGUNG ZUR VERARBEITUNG IHRER DATEN NACH

**ART. 6 Abs.1a), 9 Abs. 2a) DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG;
§ 73 Abs.1b SOZIALGESETZBUCH V**

Rund um Ihre Behandlung bieten wir eine Reihe zusätzlicher, optionaler Dienstleistungen an. Wenn Sie an den einzelnen Serviceangeboten teilnehmen möchten, benötigen wir Ihr Einverständnis.

Patient: _____ **geb.am:** _____

Telefon (Festnetz): _____ **Telefon (mobil):** _____

E-Mail: _____

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die für meine weitere Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde an die mich (weiter-)behandelnden Ärzte und Leistungserbringer (z.B. Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten) übermittelt werden.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass im Falle eines Kinderarztwechsels zu einem neuen Kinderarzt, dem neuen Kinderarzt die über mich gespeicherten Unterlagen vollständig übermittelt werden.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass ich eine Terminbestätigung bzw. eine Terminerinnerung per SMS für vereinbarte Termine erhalte. Technisch unterstützt wird dieser Service von der Terminplanungssoftware der Firma Samedi GmbH.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass ich an ausstehende Vorsorgen und Impfungen, für die ich noch keine Termine vereinbart habe, telefonisch bzw. per SMS erinnert werde. (Recall)
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass ich an ausstehende Lungenfunktionen, für die ich noch keine Termine vereinbart habe, telefonisch bzw. per SMS erinnert werde. (DMP)
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Kinderarztpraxis Dr. Eichhorn sich als diese zu erkennen gibt und mir Nachrichten auf meinem Anrufbeantworter bzw. meiner Mailbox hinterlässt, falls ich nicht zu erreichen bin.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mündlich oder schriftlich ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Praxis Dr. Eichhorn widerrufen kann.

Weitere Hinweise entnehmen Sie bitte der in den Wartezimmern aushängenden

Patienteninformation zum Datenschutz, auf die wir an dieser Stelle ausdrücklich hinweisen möchten.

Regensburg, den _____

Unterschrift des Patienten, bzw. des
gesetzlichen Vertreters