

Einverständniserklärung

Nachname / Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Tel:

Ich bin mit der Korrespondenz, bzw. der Zusendung von Daten per einfacher E-Mail oder SMS einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails/SMS personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails/SMS verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

- Ich bin damit einverstanden
- Ich bin damit nicht einverstanden

Ich willige ein, dass mir die Praxis BEWEGGRUND. per Email Informationen und Angebote zum Zwecke der Werbung zusendet.

- Ich bin damit einverstanden
- Ich bin damit nicht einverstanden

Ich habe die Datenschutzerklärung der Praxis BEWEGGRUND. gelesen und bin damit einverstanden. Ich erteile die Erlaubnis zur Speicherung, digitalen Weiterverarbeitung und Weiterleitung der notwendigen Patientendaten sowohl an die rechnungsstellende Ärztekasse als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution, sowie an die zuständigen staatlichen Instanzen und Treuhänder. Treuhänder, Inkassofirmen, Betreibungsamt, Friedensrichteramt und zuständige Gerichte erhalten nur Daten, welche keine Rückschlüsse auf die konkrete medizinische Behandlung ermöglichen. Mein Arzt / meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht einzufordern und in meinem Interesse auch weiterzuleiten.

Ort/Datum:

Unterschrift: