



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG/ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN GEM. ART. 13 DSGVO - Aufklärung zum Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, meine angegeben Daten zum Zwecke der Terminvereinbarung gespeichert und verarbeitet 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 dagegen stehen.

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

Die **E-Mail** ist kein sicheres Medium zur Kommunikation. Es sollte zur Übermittlung von sensiblen und personenbezogenen Daten nicht benutzt werden. Wir nutzen diese Kommunikationsform lediglich für Terminvereinbarungen, Terminerinnerungen und organisatorische Absprachen. Bitte beachten Sie unbedingt unsere **Datenschutzhinweise** auf unserer Homepage sowie als Aushang in der Praxis.

Ich willige ein, dass die Praxis mich per Telefon und E-Mail kontaktieren darf.

Sollte ich einen vereinbarten Termin nicht einhalten können, bin ich zur Absage per Mail, Kontaktformular im Internet oder Telefon verpflichtet. Sollte ich nicht 24 Stunden vor dem Termin absagen, wird mir ein Ausfallgebühr von 50 Euro in Rechnung gestellt.

Ich erkläre mit dem Absenden des Formulars, dass ich ausreichend über die Risiken und Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes aufgeklärt wurde, keine weiteren Fragen habe und ich auf jegliche Haftung der o. g. Arztpraxis bei Datenmissbrauch durch unverschlüsselte E-Mail-Kommunikation verzichte.