

Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ich,

Name, Vorname, Geburtsdatum

bin einverstanden, dass folgende Daten:

Erreichbarkeiten außerhalb der Sprechzeiten der Praxis (bitte betroffene Daten eintragen)

Nachname, Vorname _____ :

Praxisname _____ :

Geheimnummer Praxis _____ :

Mobilfunknummer-dienstlich _____ :

Mobilfunknummer-privat _____ :

Festnetznummer-privat _____ :

und deren Aktualisierung zum Zweck:

um bei Notfalleinsätzen und Notrufen im Rahmen der Anamnese einen Kontakt zum behandelnden Arzt aufnehmen zu können.

in der folgenden Art und Weise verarbeitet werden:

Verarbeitung durch: Speicherung im Einsatzleitsystem

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenverarbeitung statt. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ort, Datum, Unterschrift

Thema	Ersteller	Freigabedatum	Änderung	Seite
KONTAKTE ÄRZTE	Moser	08.10.21	-	1