



# Familienmedizin Eifel

Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin

## Patienteneinwilligung Praxisorganisation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in der Ihnen bekannten „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihnen unsere Service-Angebote anbieten zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung. Diese können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich,

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Adresse

.....  
E-Mail

.....  
Handynummer

.....  
Telefonnummer

ein, dass Familienmedizin Eifel - Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin mich an relevante Vorsorgeleistungen, wie Impfungen, Gesundheitsuntersuchungen, DMP (Disease Management Programm) per

Post

E-Mail

SMS

Anruf

erinnert.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung gegenüber Familienmedizin Eifel - Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Die Einwilligungen sind freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten