

# Ärztezentrum am Kanal Brunsbüttel gGmbH

Delbrückstraße 2  
25541 Brunsbüttel

## PATIENTENDATEN:

---

(Vorname, Name)

---

(Geburtsdatum, Geburtsort)

---

(Straße, Hausnummer)

---

(PLZ, Ort)

---

(Telefonnummer)

---

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bisher wurden Sie von einem der nachfolgenden Ärzte betreut: Frau Dr. Bräuer-Bercx, Frau Dr. Krüger, Herr Dr. Krüger, Frau Dr. Stark. Ab dem 01.04.2021 werden die oben genannten Ärzte ihre Tätigkeit im Ärztezentrum fortsetzen. Damit wir Ihre Patientendaten an die Ärztezentrum am Kanal Brunsbüttel gGmbH übermitteln dürfen, benötigen wir Ihre Einwilligung.

## **Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung**

Hiermit willige ich ein, dass eine oder mehrere der oben genannten Praxen, meine Patientendaten an die Ärztezentrum am Kanal Brunsbüttel gGmbH zum Zwecke der weiteren Behandlung durch dort angestellte Ärztinnen und Ärzte übermitteln darf.

---

*Ort, Datum*

---

*Unterschrift Patientin/Patient*

Ich gebe diese Erklärungen freiwillig ab.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligungen bis dahin erfolgten Verarbeitung personenbezogener Daten nicht berührt.

## **Datenweitergabe innerhalb der Ärztezentrum am Kanal Brunsbüttel gGmbH**

Hiermit willige ich ein, dass die Ärztezentrum am Kanal Brunsbüttel gGmbH meine Patientendaten praxisintern allen Ärztinnen und Ärzten sowie dem nicht-ärztlichen Praxispersonal offenlegen darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Ich bin darüber unterrichtet, dass alle Beschäftigten der Ärztezentrum am Kanal Brunsbüttel gGmbH zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und dementsprechende Verschwiegenheitsverpflichtungen unterschrieben haben.

---

*Ort, Datum*

---

*Unterschrift Patientin/Patient*

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig und die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf der Basis der gesetzlichen Regelungen.

## **Einwilligung zur telefonischen Kontaktaufnahme**

Ohne Ihre konkrete Einwilligung dürften wir Sie nicht anrufen. Sollten Sie von der Praxis telefonisch kontaktiert werden wollen, werden Sie gebeten, durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zu erteilen, dass wir alle für den Telefon-Service notwendigen Daten wie Name, Anschrift und Telefonnummer verarbeiten dürfen. Unter Telefon-Service verstehen wir u.a. Anrufe zur Absage oder Vereinbarung neuer Termine für z. B. regelmäßige Untersuchungen oder Blutentnahmen verstanden.

---

*Ort, Datum*

---

*Unterschrift Patientin/Patient*

Ich gebe diese Erklärungen freiwillig ab.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligungen bis dahin erfolgten Verarbeitung personenbezogener Daten nicht berührt.