

## **Patienteneinverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert, geändert und gelöscht werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Alle Mitarbeiter sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Im Rahmen der Zweckbestimmung und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen dürfen meine Daten an Dritte übermittelt werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Praxis nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

**Patientenname:**

**Geburtsdatum:**

**Köln, den**

**Unterschrift**