Datenschutzrechtliche EinwilIigungserklärung

Liebe Eltern,

die Speicherung, Nutzung und Verarbeitung personenbezogener Daten sind ohne Einwilligung der Betroffenen oder deren gesetzlichen Vertretern nicht zulässig.

Grundsätzlich besteht das Recht auf Löschung, Auskunft und Widerspruch im Rahmen der für den Gesundheitsbereich geltenden besonderen gesetzlichen Bestimmungen.

Insbesondere Bedarf die Kommunikation per Telefon und E-Mail einer ausdrücklichen Zustimmung der Betroffenen oder deren gesetzlichen Vertretern, da sie potenziell abgefangen und mitgelesen werden kann.

lhre Einwilligung ist freiwillig, die Behandlung ist von dieser Einwilligungserklärung unabhängig.

……………………………………………………………………………………………………………

Name, Vorname des Kindes Geburtsdatum

……….…………………………………………..………………………………………………………Name, Vorname der Mutter Geburtsdatum

……………………………………………………………………………………………………………Name, Vorname des Vaters Geburtsdatum

□ lch willige mit meiner Unterschrift ein, dass die Gemeinschaftspraxis Seeger + Tändler personenbezogene Daten erhebt, speichert und verarbeitet.

□ lch willige mit meiner Unterschrift ein, dass die Gemeinschaftspraxis Seeger + Tändler per E-Mail und Telefon Daten und Terminbestätigungen übersendet.

□ lch bin darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Bischofswerda, den

Unterschrift Sorgeberechtigte(r) Unterschrift Sorgeberechtigte(r)