

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in der Ihnen bekannten „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur 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:

EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit erkläre ich,

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

E-Mail:

Telefon-Nummer:

dass ich damit einverstanden bin, dass die „Institutsambulanz der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der MARIENBORN gGmbH“ meine Daten für

die Vereinbarung von Terminen (Arztterminen, Therapien etc.) per

schriftlich per
Post oder
 E-Mail
 Telefon

die Zusendung von Informationsschreiben, Attesten, Bescheinigungen etc. per

schriftlich per
Post oder
 E-Mail
 Telefon

verwenden darf.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der „Institutsambulanz der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der MARIENBORN gGmbH“ jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

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

Ort, Datum

Unterschrift

Die aktuelle Version des Dokuments ist im INTRANET verfügbar. Bei Ausdrucken/Kopien sind die Mitarbeiter dafür verantwortlich, dass die aktuell gültige Version verwendet wird.							
Erstellt am:	21.06.2018	Genehmigt am:	25.06.2018	Geändert am:		Version	1
von:	Steuerungsgruppe	Von:	Steuerungsgruppe	Von:	Steuerungsgruppe	Status:	freigegeben