

### Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Name: ..... Geburtsdatum: .....

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungs- bzw. Verwaltungsdaten in dem umseitig beschriebenen Sinn von der Praxis Dr. Zywietz in der Weise verarbeitet werden, wie es unten durch Ankreuzen gekennzeichnet ist.

	Einverstan- den	Nicht einverstan- den
Die Praxis Dr. Zywietz darf Behandlungsdaten über mich einschließlich medizinischer Befunde und Diagnosen <b>an andere Ärzte, Psychotherapeuten oder sonstige Erbringer von Gesundheitsdienstleistungen</b> , die mich behandeln, zum Zweck der weiteren Behandlung übermitteln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis Dr. Zywietz darf Behandlungs- und Verwaltungsdaten über mich einschließlich medizinischer Befunde und Diagnosen schriftlich, mündlich oder telefonisch an folgende Person bzw. Stelle weitergeben:  Name: ..... Straße: ..... PLZ Ort: ..... Telefon: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis Dr. Zywietz darf Behandlungs- und Verwaltungsdaten über mich einschließlich medizinischer Befunde und Diagnosen jederzeit <b>per Fax</b> an folgende Nummer senden:  ..... Mir ist bekannt, dass diese Datenübermittlung unverschlüsselt erfolgt und eine Kenntnisnahme Dritter auf dem Übertragungsweg nicht ausgeschlossen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis Dr. Zywietz darf Behandlungs- und Verwaltungsdaten über mich einschließlich medizinischer Befunde und Diagnosen jederzeit auch <b>per unverschlüsselter E-Mail</b> an folgende Adresse senden:  ..... Mir ist bekannt, dass eine Kenntnisnahme unverschlüsselter E-Mails durch Dritte auf dem Übertragungsweg nicht ausgeschlossen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis Dr. Zywietz darf verschlossene an mich adressierte <b>Briefe</b> , auch wenn sie Behandlungs- und Verwaltungsdaten über mich einschließlich medizinischer Befunde enthalten, <b>außerhalb der Praxisräume</b> etwa durch Anheften an der Außenseite der Eingangstür <b>ohne weitere Sicherung zur Abholung deponieren</b> . Mir ist bewusst, dass die so bereitgestellten Briefe nicht gegen den Zugriff Dritter gesichert sind und dass die Praxis keine Verantwortung für den Verlust oder die Wegnahme solcher Briefe durch Dritte übernimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mir ist bekannt, dass ich jede dieser Einwilligungserklärungen jederzeit ohne Begründung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Dazu genügt eine Mitteilung per Brief, Fax oder E-Mail an die Praxis.

Datum: ..... Unterschrift: .....