

Ich,

(Name, Vorname, Wohnhaft, Geburtsdatum – bei Kindern bitte Daten des Kindes eintragen)

erkläre mich einverstanden, dass

Bitte kreuzen Sie an:

- Herr Dr. J. T. Hilger mich betreffende Behandlungsdaten, Befunde und Röntgenbilder bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlungen anfordert.
- Herr Dr. J. T. Hilger mich betreffende Behandlungsdaten, Befunde und Röntgenbilder an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Bitte kreuzen Sie an, wie wir Ihre Befunde versenden dürfen:

- per Post
- per Fax
- per E-Mail
- Dr. J. T. Hilger Rezepte und Verordnungen auf dem Postweg an mich versenden darf

Ort, Datum

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Ich willige der Erhebung der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ein. Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) wurde mir ausgehändigt.

Ort, Datum

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als o.g. Zwecke darf Dr. J. T. Hilger meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.