

# **Einwilligungserklärung in Datenverarbeitung per E-Mail / SMS / Telefon / Telefax Kommunikation**

von Frau/Herrn:

Anschrift:

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis

**Gemeinschaftspraxis  
Dr. Johannes Thom und Dr. Radoslava Konstantinova  
Kriegsstraße 27  
76133 Karlsruhe**

Verantwortlicher Datenschutzbeauftragter:

**Schaffhuber, Systemhaus für Datenschutz**

Bitte nicht gewünschte(r) Kommunikationsweg(e) streichen

## **E-Mail**

Meine Daten und Patienteninformationen per E-Mail in unverschlüsselter Weise, also auch unsicher, übertragen darf und zwar an: Empfänger im Rahmen des Behandlungsvertrags.

Die Weitergabe der Patienteninformationen erfolgt zu folgenden Zwecken: Erfüllung des Behandlungsvertrags.

## **SMS**

Die Kontaktaufnahme erfolgt zur Vergabe, Absage, Verschiebung oder Erinnerung von Terminen. Ich bin ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass die Kommunikation über SMS zwar im Namen der Praxis erfolgt, jedoch von einem externen Dienstleister erbracht wird.

## **Telefon**

Meine Daten und Patienteninformationen per Telefon kommuniziert werden darf und zwar an: Empfänger im Rahmen des Behandlungsvertrags.

Die Weitergabe der Patienteninformationen erfolgt zu folgenden Zwecken: Erfüllung des Behandlungsvertrags.

## **Telefax**

Meine Daten und Patienteninformationen per Telefax in unverschlüsselter Weise also auch unsicher, übertragen darf und zwar an: Empfänger im Rahmen des Behandlungsvertrags.

Die Weitergabe der Patienteninformationen erfolgt zu folgenden Zwecken: Erfüllung des Behandlungsvertrags.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

1. Die im Rahmen der vorstehend genannten zweckerhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der aktuellen datenschutzrechtlichen Regelungen und gesetzlichen Bestimmungen erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
2. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
3. Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
4. Ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Gemeinschaftspraxis  
Dr. Johannes Thom und Dr. Radoslava Konstantinova  
Kriegsstraße 27  
76133 Karlsruhe

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf der gesetzlichen Frist und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung an den Verantwortlichen gelöscht.

Die Praxis wird meinen Widerruf an die oben genannten Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_