

Patient / Patientin:

Name, Vorname: _____

wohnhaft in: _____

Geb.-Datum: _____

Dr. med. Tobias Wiesner
FA für Innere Medizin,
Endokrinologe, Diabetologe, Hausarzt

Dr. med. Kerstin Pirlich
FA für Innere Medizin,
Diabetologin, Hausärztin

Dr. med. Antje Spens
FA für Innere Medizin,
Endokrinologin, Diabetologin

Prager Straße 34 | 04317 Leipzig

Tel.: +49 341 271-8880
Fax: +49 341 271-88819

kontakt@stoffwechselmedizin-leipzig.de
www.stoffwechselmedizin-leipzig.de

**Einverständniserklärung zum Umgang mit persönlichen Daten und zur
Informationsweitergabe**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verarbeitet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.
Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und andere Ärzte übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon oder persönlich festgestellt wurde.

Name des Bevollmächtigten
(in Druckbuchstaben)

Verwandtschaftsgrad zum Patienten

E-mail-Adresse (falls vorhanden)
von Patient / Bevollmächtigter

Ort, Datum

Unterschrift