



Ärztenetz Brandenburg an der Havel GmbH
Steinstraße 60, 14776 Brandenburg an der Havel

IHR HAUSARZT/ IHRE HAUSÄRZTIN

Ich befinde mich in hausärztlicher Betreuung bei Herrn/ Frau

Dr.

Name, Vorname in Druckbuchstaben (bitte leserlich)

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR DATENVERARBEITUNG DURCH DIE ÄRZTENETZ BRANDENBURG AN DER HAVEL GMBH

Ich bin über die Erhebung, Verarbeitung, Löschung und Nutzung meiner Daten als Patient durch die Ärztenetz Brandenburg an der Havel GmbH umfassend informiert und stimme dieser zu.

Gleichzeitig erkläre ich mit meiner Unterschrift, die Datenschutzerklärung der Ärztenetz Brandenburg an der Havel GmbH aufmerksam gelesen und akzeptiert zu haben.

Schließlich erkläre ich hiermit, dass mir bewusst ist, dass ich meine hiermit erteilte Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

- Mit dem zusätzlichen Ankreuzen und meiner Unterschrift stimme ich zu, dass die Ärztenetz Brandenburg an der Havel GmbH mich zu Zwecken der Qualitätssicherung telefonisch oder online kontaktieren und befragen darf. Dabei kann die Kontaktaufnahme auch durch einen von der Ärztenetz Brandenburg an der Havel GmbH beauftragten Dienstleister erfolgen.

Name, Vorname in Druckbuchstaben (bitte leserlich)

Datum, Unterschrift