



vom Praxisteam auszufüllen

EINWILLIGUNG ZUR DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich,

VOR- UND NACHNAME: _____

ADRESSE, STRASSE, PLZ: _____

E-MAIL: _____

MOBILNUMMER: _____ **GEBURTSDATUM:** _____

VERSICHERUNG: _____ **MITGLIEDSNR.:** _____

GESETZLICH PRIVAT **GESCHLECHT:** W M D

mich durch mein jeweiliges Ankreuzen der nachstehend aufgeführten Erklärungen ausdrücklich damit einverstanden, dass

- betreffende Behandlungsdaten, Laborergebnisse und Befunde bei behandelnden Ärzten des MVZ Kreuzberg, zum Zweck der Dokumentation, Behandlung und zur Rechnungslegung angefordert werden können.**
- mir das MVZ Kreuzberg per Brief, SMS oder auch per E-Mail unverschlüsselt Informationen, einschließlich Patienten- und Gesundheitsdaten auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin übermitteln darf.**
- dieses Dokument in meiner Patientenakte gespeichert wird.**
- mich Mitarbeiter des MVZ Kreuzberg telefonisch kontaktieren dürfen.**
- Hiermit bestätige ich, dass ich mich in dieser Woche in keiner weiteren Teststation testen lassen werde bzw. in dieser Woche schon getestet wurde.**

Mir ist bekannt, dass die vorstehenden Einwilligungen jederzeit vollständig oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden können und die folgenden, im Rahmen dieses Test erhobenen Daten (Alter, Geschlecht, Testergebnis) **anonymisiert** zu statistischen Erhebungen, insbesondere der sogenannten „**Durchseuchung**“ der Bevölkerung, genutzt werden könnten.

.....
ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT PATIENT*IN (ggf. gesetzlicher Vertreter bei minderjährigen Patienten zusätzlich: des oder der Sorgeberechtigten)