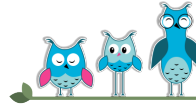


PATIENTENEINWILLIGUNG



G. Luner-Landtau
Fachärztin für Kinderheilkunde
und Jugendmedizin

PATIENTENEINWILLIGUNG PRAXISORGANISATION

mit unserer "Patienteninformation zum Datenschutz" wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihnen weitere Service-Angebote anbieten zu können, benötigen wir eine separate Einwilligung, die Sie uns im Folgenden erteilen können.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Gudrun Luner-Landtau, Rethelstr. 139, Düsseldorf meine Daten verwenden darf für:

einen Erinnerungsservice für wiederkehrende Untersuchungen (Vorsorgen, Impfungen o.ä.) per:

Postkarte

E-Mail

Telefon

die Zusendung von Informationsschreiben per 0 Postkarte:

Postkarte

E-Mail

Telefon

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit nur mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bisher durchgeführte von dieser Einwilligung abgedeckte Verwendung der Daten bleiben dadurch rechtmäßig.

Die Einwilligungen sind freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon unabhängig.

Datum,
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter

Unterschrift Ärztin