

EINWILLIGUNG DATENSPEICHERUNG UND -VERARBEITUNG

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

vollständige Anschrift

- Ich bin damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten, die auf meiner Krankenversicherungskarte gespeichert sind, sowie meine Daten zu Diagnose und Therapie in der Cardiopraxis gespeichert und verarbeitet werden.
- Ich bin ferner damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten im Rahmen der Terminvereinbarung und Anrufbearbeitung auch von den Partnerunternehmen Samedia® und DUSOFFICE der Cardiopraxis gespeichert und verarbeitet werden.

Die Patienteninformation zum Datenschutz gem. Art. 13 und 14 DSGVO laut Aushang habe ich gelesen.

Datum

Unterschrift