



Einverständniserklärung zur Anforderung von Patientendaten

Hiermit erkläre ich, dass ich durch das Team der Herz- und Gefäßzentrum Landau MVZ GmbH Dr. Hörmann, Dr. Fries & Kollegen eine Patienteninformation zum Datenschutz hinsichtlich Nutzung/Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß der geltenden Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) erhalten habe.

Ich berechtinge die Herz- und Gefäßzentrum Landau MVZ GmbH Dr. Hörmann, Dr. Fries & Kollegen (Bodelschwinghstraße 11, 76829 Landau in der Pfalz), Behandlungsbefunde von Krankenhäusern und Arztpraxen, in denen ich behandelt wurde, telefonisch oder per Fax anzufordern.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

(Name, Vorname der Patientin/des Patienten)

(Ort, Datum)

(Unterschrift des der Patientin/des Patienten)