

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung
für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten
gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 lit. A DSGVO**

Ich stimme hiermit der Weitergabe der personenbezogenen Daten (Befundbericht) und/oder der Röntgenbilder vom _____ meines Kindes

Patientenname: _____, geb. am _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

an die weiterbehandelnde Praxis (E-Mail Adresse) _____

an meine eigene E-Mail Adresse/mich _____

zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

(Ort, Datum)

Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter

(Unterschrift in Druckbuchstaben)