

Datenschutzerklärung

Name des Patienten: geb.

Adresse:

Als Patient*in/ als Sorgeberechtigte erkläre ich mich/ erklären wir uns einverstanden, dass in der Praxis Tunc die Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Die Hinweise zum Datenschutz, welche in der Praxis ausgehängt sind oder auf der Homepage zum Abruf zur Verfügung stehen, habe ich/ haben wir zur Kenntnis genommen und konnten hierzu Rückfragen stellen.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft gegenüber der Praxis Tunc widerrufen werden. Die Aufklärung über die Folgen eines Widerrufs ist erfolgt.

.....

Datum

.....

Unterschrift Patient*in/ aller Sorgeberechtigten