

Einverständniserklärung Datenschutz:

Hiermit erkläre ich:

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgenden Stellen weitergeleitet werden:

- Steuerbüro zum Zweck der Buchhaltung
- KV Bayern zum Zweck der Abrechnung

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zusätzlich zu mit- und weiterbehandelnden Ärzten **folgenden Personen (z.B. Angehörige)** telefonisch Auskunft bzgl. meiner Daten geben dürfen:

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V § 73 Absatz 1b, diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen:

Datum

Unterschrift Patient/in / gesetzl. Vertreter