

Dr. med. Beatrice Staudt
FÄ für Allgemeinmedizin
Hausärztin

Seelower Str. 13
10439 Berlin

**Freiwillige Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß DSGVO
und der praxisinternen Datenschutzrichtlinien**

Hiermit willige ich in die Erhebung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit entsprechend der Berufsordnung und der vertragsärztlichen Verpflichtungen sowie für die erforderliche Praxisorganisation ein.

Der Verwendung meiner Kontaktdaten zur Sicherung der ärztlichen Tätigkeit und im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes stimme ich zu.

Diese Einwilligung kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Detaillierte Informationen können auf der Homepage www.dr-staudt.de und im Anmeldebereich der Praxis eingesehen werden.

Datum

Unterschrift

Name in Druckbuchstaben:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Mobil Nr.:

Corona Zeit

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

Welche Symptome haben Sie?

Beginn der Symptome/Datum?

Haben Sie ein gesundheitlich erhöhtes Risiko, welches?

Erkrankte im unmittelbaren Umfeld, Datum des Kontaktes?

Rote Warnmeldung der Corona-Warn-App?

Rückkehr aus einem sog. Risikogebiet, wann und woher?