

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.:

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?

Sind Sie geimpft: Nein

Ja 1x welcher Impfstoff:

wann:

Ja 2x welcher Impfstoff:

wann: