

Einwilligung zur Datenübermittlung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Mit der nachfolgenden Unterschrift willige ich ein, dass die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im Klinikum Aschaffenburg-Alzenau personenbezogene Daten sowie Gesundheitsdaten zu

Zweck der Datenverarbeitung angeben

an

Adressat (z.B. weiterbehandelnder Arzt)

übermittelt und dass diese Daten dort verarbeitet werden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Aus einer Verweigerung der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw.
gesetzlichen Vertreters