

Einwilligungserklärung zur Behandlung und Datenverarbeitung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Behandlung

Ich willige ein, dass in der oben genannten neurochirurgischen Praxis medizinische Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen durchgeführt werden.
Mir ist bekannt, dass Art und Umfang der Behandlung individuell angepasst werden können und ich diese jederzeit ablehnen oder abbrechen kann.

Datenverarbeitung (DSGVO)

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, insbesondere **Gesundheitsdaten**, gemäß **Art. 6, 7 und 9 DSGVO** verarbeitet werden.

Die Verarbeitung umfasst insbesondere:

- medizinische Behandlung und Dokumentation
- Übermittlung an weiterbehandelnde Ärztinnen/Ärzte, Kliniken, Labore
- Abrechnung medizinischer Leistungen (GKV / PKV / GOÄ)

Ich wurde über meine Rechte (Auskunft, Berichtigung, Löschung, Widerruf) informiert.
Diese Einwilligung kann ich **jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen**.

Kontaktaufnahme

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich zur Terminorganisation, Befundübermittlung oder bei Rückfragen kontaktiert per:

Telefon _____

E-Mail _____

SMS Messenger (z. B. WhatsApp)

Mir ist bekannt, dass bei unverschlüsselter elektronischer Kommunikation ein Datenschutzrisiko bestehen kann.

Ich akzeptiere dieses Restrisiko ausdrücklich.

Datum, Ort: _____

Unterschrift: _____