Einwilligungserklärung
zur Weiterleitung meiner Anfrage

An
Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Beratung
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Daten des Patienten/ der Patientin

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum: Geschlecht: ◯ männlich ◯ weiblich ◯ divers

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

E-Mail-Adresse:

Ich erkläre ausdrücklich meine Einwilligung zur Weiterleitung meiner Anfrage einschließlich meiner personenbezogenen Daten an:

Daten der Ärztin/des Arztes bzw. der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten

Vor- und Nachname:

Straße und Hausnummer (ehemalige Praxis):

PLZ und Ort (ehemalige Praxis):

Sofern die Ärztin/der Arzt bzw. die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut verstorben ist, bin ich ausdrücklich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten an den bzw. die Erben bzw. deren Bevollmächtigte weitergeleitet werden.
Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen. Der Widerruf kann dazu führen, dass die Anfrage nicht weiterbearbeitet werden kann und berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patientin/Patienten/
gesetzlichen Vertreters/-in/ Bevollmächtigten

Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung:
https://www.kvhessen.de/datenschutz.