

## Einverständniserklärung DSGVO

Ich \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsdatum

bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. med. Bayram in Bonn Befunde und Berichte (z.B. Arztberichte, Laborbefunde), die zur Information und Ergänzung meiner Behandlung dienen, von anderen Leistungserbringern, in deren Behandlung ich war oder bin, einholen darf.

Willige zudem ein, dass meine personenbezogenen Daten an die Labore der Praxis (bei Blut-, Stuhl- oder Urinuntersuchungen) und an pathologische Institute der Praxis (bei vorgesehener histologischer Untersuchung von Gewebeentnahme) sowie Arztbriefe und Befunde an meine mit- bzw. weiterbehandelnden Ärzte übermittelt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zusätzlich zu mit- und weiterbehandelnden Ärzten und folgenden Personen Auskunft bzgl. meiner Daten geben dürfen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Datum/ Unterschrift