

**Einverständniserklärung nach Datenschutz-Grundverordnung /
Datenschutzgesetz**

Hiermit genehmige ich

Name: _____

Vorname: _____

Titel: _____

Geburtsdatum: _____

Frau Angela Gukasjan, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Halberstädter Chaussee 123 c, 39116 Magdeburg sowie in deren Namen den Medizinischen Fachangestellten der Frauenarztpraxis Angela Gukasjan

meine personenbezogenen Daten – soweit für die Auftragsverarbeitung notwendig –

an externe Auftragnehmer wie kooperierende Labore, externe Konsiliarlabore und autorisierte Abrechnungsstellen (Abrechnungsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, Rechtsschutzstelle der Ärzte-, Zahnärzte- und Tierärzteschaft r.k.V.) und zur Abrechnung der Laborleistung durch eine autorisierte Abrechnungsstelle weiterzugeben.

Widerrufsmöglichkeit:

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin bzw.
des gesetzlichen Vertreters