

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung** für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO



**Patient/in:**

Name	
Adresse	(Straße, PLZ, Ort)

Ich stimme hiermit der Weitergabe meiner personenbezogenen Röntgendaten, zu diagnostischen Zwecken bzw. zum Zweck der Weiterbehandlung an:

--

durch die Kirchbergklinik Andernach zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in