**Empfangsbestätigung Datenschutzrichtlinien**

Hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, geb.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

dass ich die Datenschutzrichtlinien der Frauenärzte Bierstadt zur Kenntnis genommen habe.

**Ich wünsche ausdrücklich die Möglichkeit, über Telefon, Fax oder Email von der Praxis kontaktiert zu werden. Ein solcher Kontakt betrifft gegebenenfalls sensible Gesundheitsdaten von mir**.

**Mir ist bewusst, dass diese Kontaktmöglichkeiten bezüglich des Datenschutzes (z.B. Datenabgriff durch unbefugte Dritte) problematisch und mit den heutigen technischen Möglichkeiten nicht vollständig sicher sein können.**

Ich wünsche, dass folgende Personen in meinem Auftrag Termine für mich vereinbaren können, Rezepte, Überweisungen, Einweisungen und Befunde von mir abholen können (mir ist bewusst, dass ich damit die Frauenärzte Bierstadt diesbezüglich von ihrer Schweigepflicht entbinde):

Bitte Name und Geburtsdatum leserlich angeben:

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

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

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

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

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_