

**Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten
(nach DSGVO)**

Ich (in Druckschrift und lesbar ausfüllen)

Vor- und Zuname: _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

erkläre mich einverstanden, dass in der

***Praxis für Ernährungstherapie Maria Pfingsten
Ostelsheimer Str. 20
71134 Aidlingen***

für die Ernährungstherapie nach § 43 SGB V relevante Patientendaten erhoben und
verarbeitet werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich betreffende Daten an den/die
zuweisende/n Arzt/Ärztin weitergeleitet werden können.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärungen jederzeit ganz oder teilweise durch
eine schriftliche Mitteilung widerrufen werden kann.

Ort und Unterschrift der/des Patienten/Patientin bzw. des gesetzlichen Vertreters