

MVZ Rems-Murr-Klinikum Winnenden • Am Jakobsweg 2 • 71364 Winnenden

MVZ Rems-Murr-Klinikum Winnenden
Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Pränataldiagnostik

Ärztliche Leitung
Dr. med. univ. Sehnaz Savas

Name:

Telefon: 07195 591-36300

Telefax: 07195 591-936300

E-Mail: mvz.wi.gynaekologie
@rems-murr-kliniken.de

Geburtsdatum:

Datenschutzrechtliche Einwilligung zum Zertifizierungsverfahren

Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ Rems-Murr-Klinikum Winnenden Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Pränataldiagnostik zum Zwecke eines Zertifizierungsverfahren den externen Auditoren Einsicht in meine Patientenakte gewährt. Mir ist bewusst, dass die Auditoren dabei Einsicht in meine personenbezogenen Daten (Name, Adresse, Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft, Gesundheitsdaten) nehmen.

Ich willige darin ein, dass zu Qualitätssicherungszwecken/Zertifizierungszwecken bei meiner Behandlung oder OP im MVZ Rems-Murr-Klinikum Winnenden Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Pränataldiagnostik ein Auditor (externe Zertifizierungsstelle) zusieht. Der Auditor wird durch eine Vereinbarung mit dem MVZ Rems-Murr-Klinikum Winnenden Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Pränataldiagnostik zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Es entstehen Ihnen keine Nachteile für Ihre ärztliche Behandlung, wenn Sie der Einsichtnahme nicht zustimmen bzw. in die Verarbeitung Ihrer Daten nicht einwilligen.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Diese Widerrufserklärung ist an das MVZ Rems-Murr-Klinikum Winnenden Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Pränataldiagnostik, Am Jakobsweg 2, 71364 Winnenden zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem MVZ Rems-Murr-Klinikum Winnenden Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Pränataldiagnostik zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Winnenden,

Unterschrift des Patienten

Unterschrift MVZ Rems-Murr-Klinikum

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer:

Name, Vorname des Vertreters: _____

Anschrift des Vertreters: _____

Unterschrift des Vertreters: _____