
Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Dr. med. Dietrich Tews
Internist, Diabetologe DDG, LÄK, Adiposiole DAG-DDG,
Lipidologe DGFL

Dr. med. Susan Blasius*
Internistin, Diabetologin DDG, Palliativmedizinerin, Diplom-Theologin

Dr. med. Birgit Cornef*
Internistin, Diabetologin DDG, LÄK

Prof. Dr. Hermann von Lilienfeld-Toal*
Internist, Diabetologe DDG, LÄK

Dr. med. Christina Villnow*
Internistin

Dr. Zorina Nizhynska-Astapenko*
Internistin, Schwerpunkt Endokrinologie

Irina Kazakova*
Weiterbildungsassistentin

Christian Brendel*
Internist

Dr. med. Maria Keul*
Allgemeinmedizinerin, Diabetologin LÄK

Dr. med. Krisztina Goreczky*
Allgemeinmedizinerin

*Arztärztin in Anstellung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Befunde im Rahmen der Zweckbestimmung und Qualitätssicherungsmaßnahmen, unter Beobachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen, an **weiterbehandelnde Ärzte, Kliniken und befugte Personen** übermittelt werden dürfen. Diese Vollmacht gilt auch für von uns einzuholende Vorbefunde anderer Ärzte und Kliniken.

Ich bin einverstanden mit einer wissenschaftlichen Auswertung meiner in der Praxis erhobenen medizinischen Daten, ggf. mit einer Publikation. Hierbei ist vorausgesetzt, dass die Daten anonymisiert sind.

Folgende Personen bevollmächtigte ich, Rezepte und/oder Befunde abzuholen:

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Ja Nein

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankheitsbezogenen Daten auf der ePA (elektronische Patientenakte) gespeichert werden dürfen.
- Ich bin mit der Nutzung meiner Daten zu anderen Zwecken, Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.
- Ebenso stimme ich nach vorheriger Absprache, der Kontaktaufnahme per Videosprechstunde, über den Dienstleister Arztkonsultation, zu.

E-Mail Adresse: _____

Diese Erklärung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden.

Ort	Datum	Unterschrift des Patienten
-----	-------	----------------------------

Autor: SF Prüfer: AG Freigabe: MA

Datum: 15.01.2026 Datum: 15.01.2026 Datum: 15.01.2026

Dokumentname: px_5_1_10_FO_Datenschutzerklärung_20260115 QM Versionsnummer: 1.3 © 2016 medimaxx health management GmbH