

**Hans-Peter Gabel**  
Facharzt für Allgemeinmedizin

**borreliosezentrum.de**

Erlenweg 2, D-38302 Wolfenbüttel  
Tel.: 05331-72121  
Fax: 05331-33800  
autom.Tel.: 05331-804-26-24  
[borreliosearztpraxis@t-online.de](mailto:borreliosearztpraxis@t-online.de)  
<https://borreliosearzt.de>

## Einwilligung zur Datenspeicherung nach der Datenschutzgrundverordnung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Postleitzahl Wohnort, Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

1. Ich willige in die digitale **Speicherung** und Verarbeitung meiner in der Praxis Gabel, Wolfenbüttel, erhobenen Daten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen (EU-Datenschutz Grundordnung, Berufsordnungsärzte) ein. **ja**  **nein**
2. Dürfen **andere Ärzte, die Sie behandeln**, die Untersuchungsergebnisse anfordern?  
→ **Ohne weitere Erklärung**  - **nur nach Einwilligung**
3. Ich bin darüber aufgeklärt, dass meine Daten für Zwecke nach gesetzlichen Vorgaben an relevante dritte Parteien weitergeleitet werden:  
gesetzliche und private Krankenversicherungen, Rentenversicherungen  
medizinischer Dienst der Krankenkassen/Krankenversicherungen  
Berufsgenossenschaften (BG), Unfallversicherungen
4. Ich habe von den weiteren Ausführungen zur Datenschutzgrundverordnung, die aktualisiert in der Praxis aushängen, Kenntnis genommen.
5. Ich wünsche die Übermittlung meiner medizinischen Daten auf Anforderung (Laborbefunde, Diagnosen, Befunde) per FAX oder **E-Mail**. **Ich widerspreche:**
6. Ich wünsche ausdrücklich die Kommunikation über **Telefon**. **Ich widerspreche:**
7. Kommunikation über Videotelefonie (z.B. **Skype**, Zoom, Wire). **Ich widerspreche:**
8. Es kann nicht garantiert werden, dass die Übermittlung der Daten ausreichend vor dem Zugriff Dritter geschützt sind.

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

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