

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

## Datenschutzerklärung

### 1. Übernahme meiner Daten

Dr. Johannes Dietrich Kossen hat seine bisherige Hausarztpraxis ab 1.02.2022 in das Medizinisches Versorgungszentrum Wurster Nordseeküste eingebracht und wird dort weiter als ärztlicher Leiter tätig sein. Ich bin mit der Übernahme aller meiner Patientendaten in das Regionale und medizinische Versorgungszentrum Wurster Nordseeküste gGmbH einverstanden.

### 2. Berechtigung Dritter

Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgende benannte Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogene Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen, von der Praxis herausgegeben werden dürfen. Sollte ich mit der Herausgabe von bestimmten personenbezogenen Daten nicht einverstanden sein, habe ich dies im Feld „Einschränkung“ hinter der jeweiligen Person eingetragen.

**(Hinweis: Es können auch Apotheken, Taxi- oder Beförderungsunternehmen etc. benannt werden)**

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)

(Einschränkung)

-----  
-----

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)

(Einschränkung)

-----  
-----

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)

(Einschränkung)

-----  
-----

Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind.

### 3. Datenweitergabe an die PVS und RST

Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten der Patientendatei zur Abrechnungszwecken/Honorarforderungen an die Privat Verrechnungsstelle der Ärzte in Niedersachsen rKV, (kurz PVS) und bei Zahlungsverzug zur Beitreibung von Honorarforderungen die Weitergabe an Rechtsschutzstelle für Ärzte-, Zahnärzte und Tierärzteschaft (RST) in Hannover, einverstanden

### 4. Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Praxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter