Einwilligungserklärung
zur Weiterleitung meiner Anfrage

An
Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Beratung
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Daten des Patienten/ der Patientin

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum: Geschlecht: ◯ männlich ◯ weiblich ◯ divers

Straße und Hausnummer:

PLZ und Ort:

E-Mail-Adresse:

Ich erkläre ausdrücklich meine Einwilligung zur Weiterleitung meiner Anfrage einschließlich meiner personenbezogenen Daten an:

Daten des Arztes/ der Ärztin/ des Psychotherapeuten/ der Psychotherapeutin

Vor- und Nachname:

Straße und Hausnummer (ehemalige Praxis):

PLZ und Ort (ehemalige Praxis):

Ich stimme der Weiterleitung des Vorganges an die Landesärztekammer/ Landespsychotherapeutenkammer und deren nachgeordneten Verwaltungsstellen zu, sofern die Kassenärztliche Vereinigung Hessen dies für notwendig erachten sollte. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen. Der Widerruf kann dazu führen, dass die Anfrage nicht weiterbearbeitet werden kann und berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Patientin/Patienten/
gesetzlichen Vertreters/-in/ Bevollmächtigten

Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung:
https://www.kvhessen.de/datenschutz.