



## DATENSCHUTZ BESONDERHEIT

.....  
Name

.....  
Geburtsdatum

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich einverstanden bin, personalisierte Unterlagen (Überweisungen, Rezepte, Befunde etc.) per Pinnwand- System durch die Praxis Munck für mich, meine Apotheke oder weiterbehandelnde Ärzte bereitstellen zu lassen. Mir ist bewusst, dass bei diesem System meine Daten, in einem verschlossenen Umschlag, öffentlich (und somit für mich bzw. Beauftragte zur Abholung) zugänglich gemacht werden.

Das Pinnwand- System befindet sich im Eingangsbereich der Praxis gegenüber des Empfangstresen. Eine zusätzliche Erklärung zum allgemeinen Datenschutz der Praxis wurde mir zugänglich gemacht, ich habe diese zur Kenntnis genommen

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift Patient/-in