

Praxis Dr. S. Steffenhagen und Frau C. Hofmann

Einverständnis Datenübermittlung zwischen

Dr. Steffenhagen, C.Hofmann und

Bewohner: _____

Gesetzlicher Betreuer: _____

**Einverständniserklärung gern. §73 Abs. 1b Satz 2 SGB V und
Artikel 9 Absatz 2 lit. h DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b
Bundesdatenschutzgesetz**

Ich bin damit einverstanden, dass die **Praxis Dr. Steffenhagen, C.Hofmann** meine personenbezogenen Daten, bzw. die personenbezogenen Daten meines Betreuten im Alten- und Pflegeheim Clarenbachwerk Köln e.V. zur Weiterverarbeitung genutzt werden dürfen.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit gegenüber **der Praxis Dr. Steffenhagen, C.Hofmann** widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs, der auch schriftlich erfolgen muss, findet keine weitere Datenübermittlung statt.

Köln, den

Unterschrift des Patienten/ des gesetzlichen Betreuers: _____