

**Dr. med. Andreas Verstege**  
Facharzt für Chirurgie  
-Proktologie-

Tel: 02361 960822-0  
Fax: 02361 960822-12

---

**Einwilligungserklärung**

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass anlässlich meiner  
Behandlung in der Arztpraxis von Herrn Dr. med. Verstege  
Behandlungsdaten und Befunde per FAX an meine behandelnden Ärzte  
übermittelt werden dürfen.**

Aufgrund der ab dem 25.05.2018 gültigen Datenschutzgrundverordnung  
(DSGVO) erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden  
Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden: Zur Pflege der Kontaktdaten,  
zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit der Krankenkasse, zur Dokumentation  
medizinischer Daten, zum Erstellen von Arztbriefen, Anfragen der Krankenkasse  
oder des medizinischen Dienst.

**Datum/Unterschrift:** \_\_\_\_\_