

**DATENSCHUTZRECHTLICHE
EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG
(Datenschutzgrundverordnung – DSGVO)**

Ich Herr/Frau.....

geboren am:

stimme zu, dass meine Beschwerde bzw. Anfrage von der Ombudsstelle für Patientenbeschwerden der Ärztekammer für Niederösterreich vollinhaltlich oder in Auszügen an den betroffenen Arzt bzw. die betroffene Ärztin

Dr.....

weitergeleitet werden darf. Dies gilt **ausschließlich für das gegenständliche Beschwerdeverfahren oder für die gegenständliche Anfrage.**

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung (inkl. Weiterleitung) meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

.....
Datum

.....
Unterschrift

FORMULAR DATENSCHUTZRECHTLICHE EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

