



### Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Weitergabe von Daten durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Um entsprechend der Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin den Bereitschaftsdienstärzten den Tausch von Diensten im Ärztlichen Bereitschaftsdienst zu ermöglichen bzw. zu erleichtern, willige ich ein, dass folgende personenbezogene Daten

Name:

---

Telefonnummer:

---

E-Mail-Adresse:

---

bis auf Widerruf erhoben, gespeichert, zusammengeführt und an die am Ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzte weitergegeben werden.

Ich habe das Recht diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe einer Begründung mit Blick auf die Zukunft zu widerrufen. Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden. Bitte wenden Sie sich in diesen Fällen an die Abteilung ÄBD unter [aebd@kvberlin.de](mailto:aebd@kvberlin.de) (fahrender Ärztlicher Bereitschaftsdienst, Dienst zur Todesfeststellung und Leichenschau) oder unter [ndp@kvberlin.de](mailto:ndp@kvberlin.de) (Dienst in den KV Notdienstpraxen).

Für Fragen zum Datenschutz kontaktieren Sie bitte den Datenschutzbeauftragten der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin unter [datenschutz@kvberlin.de](mailto:datenschutz@kvberlin.de)

---

Datum, Name

---

Unterschrift