



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

Um entsprechend der Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin den Bereitschafts-  
dienstärzten 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 teil-  
nehmenden 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 ein-  
geschränkt 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 Ver-  
einigung Berlin unter [datenschutz@kvberlin.de](mailto:datenschutz@kvberlin.de)

---

Datum, Name

---

Unterschrift