

PatientIn:	
Herr/Frau	_____
	(Nachname, Vorname)
geb. am	_____
	(Geburtsdatum)
wohnhaft	_____
	(Anschrift)

**Medizinisches
Versorgungszentrum
am
Klinikum Oldenburg
GmbH**

Medizinische Genetik

in Kooperation mit

**Universitätsinstitut für
Medizinische Genetik**

**Univ.-Prof. Dr. med.
Marc-Phillip Hitz, PhD**

Rahel-Straus-Straße 10
26133 Oldenburg

Genetische Ambulanz

Telefon:
0441 - 403 2407

Fax:
0441 - 403 2967

E-Mail:
medizinische-genetik@
klinikum-oldenburg.de

Internet:
<http://www.klinikum-oldenburg.de>

Datum:
17.01.2024

Einwilligung zur Kontaktaufnahme für eine Terminvereinbarung

Bitte lassen Sie uns Teil 1 oder Teil 2 der Einwilligung zukommen.

Indikation: _____

Teil 1: Für PatientInnen:

Ich (Wir),

Frau/ Herr _____

(Nachname, Vorname)

(Nachname, Vorname)

geb. am _____

(Geburtsdatum)

(Geburtsdatum)

wohnhaft _____

(Anschrift)

(Anschrift)

wünsche(n) eine Kontaktaufnahme zur **Terminvereinbarung** durch die MitarbeiterInnen des Universitätsinstituts für Medizinische Genetik / MVZ am Klinikum Oldenburg. Die Kontaktaufnahme soll erfolgen

- telefonisch unter der Rufnummer:

- per Mail über die Mailadresse:

Die Rückmeldung kann mehrere Monate dauern, da wir ein sehr hohes Terminaufkommen haben. Wir bitten um Ihr Verständnis. Bei Fragen können Sie sich zu unseren unten genannten Sprechzeiten telefonisch melden oder jederzeit eine E-Mail schreiben.

Ort, Datum, Unterschrift PatientIn bzw. berechnigte Person(en)

Diese Einwilligung kann jederzeit ganz oder in Teilen gemäß Artikel 21 Absatz 4 DSGVO für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf kann schriftlich / per E-Mail / Fax an die nebenstehende Adresse gerichtet werden.

Geschäftsführer:
Sebastian Hahn

Erfüllungsort und Gerichtsstand:
Oldenburg (Oldb)

HR B 202124
Steuer-Nr.: 64/220/18170

Bankverbindung:
IBAN:
DE85 2805 0100 0001 6940 82
BIC: SLZODE22

Erstellung: 04.09.2023 Gieldon, Laura
Prüfung: 10.01.2024 Okken, Sandra
Genehmigung: 16.01.2024 Hitz, Marc

Version: 2.0

Seite: 1 von 2

PatientIn: Herr/Frau	_____
	(Nachname, Vorname)
geb. am	_____
	(Geburtsdatum)
wohnhaft	_____
	(Anschrift)

**Medizinisches
Versorgungszentrum
am
Klinikum Oldenburg
GmbH**

Medizinische Genetik

in Kooperation mit

**Universitätsinstitut für
Medizinische Genetik**

**Univ.-Prof. Dr. med.
Marc-Phillip Hitz, PhD**

Rahel-Straus-Straße 10
26133 Oldenburg

Genetische Ambulanz

Telefon:

0441 - 403 2407

Fax:

0441 - 403 2967

E-Mail:

medizinische-genetik@
klinikum-oldenburg.de

Internet:

<http://www.klinikum-oldenburg.de>

Datum:

17.01.2024

Teil 2: Für ÄrztInnen:

Ich bestätige, dass mir eine Einwilligung von Herrn/ Frau

Frau/ Herr _____
(Nachname, Vorname)

geb. am _____
(Geburtsdatum)

wohnhaft _____
(Anschrift)

für die Kontaktaufnahme zur **Terminvereinbarung** durch die MitarbeiterInnen des
Universitätsinstituts für Medizinische Genetik / MVZ am Klinikum Oldenburg
vorliegt. Die Kontaktaufnahme soll erfolgen:

- telefonisch unter der Rufnummer:

- per Mail über die Mailadresse:

**Die Rückmeldung kann mehrere Monate dauern, da wir ein sehr hohes
Terminaufkommen haben.** Wir bitten um Ihr Verständnis. Bei Fragen können Sie
sich zu unseren unten genannten Sprechzeiten telefonisch melden oder jederzeit
eine E-Mail schreiben.

Ich bestätige weiterhin, dass die Patientin/ der Patient darauf hingewiesen wurde,
dass sie/ er die Einwilligungserklärung zur Kontaktaufnahme jederzeit ganz oder
in Teilen widerrufen kann. Der Widerruf ist an das Universitätsinstitut für
Medizinische Genetik / MVZ am Klinikum Oldenburg zu richten.

Ort, Datum, Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person, Arztstempel

Geschäftsführer:
Sebastian Hahn

Erfüllungsort und Gerichtsstand:
Oldenburg (Oldb)

HR B 202124
Steuer-Nr.: 64/220/18170

Bankverbindung:

IBAN:
DE85 2805 0100 0001 6940 82
BIC: SLZODE22

Erstellung: 04.09.2023 Gieldon, Laura
Prüfung: 10.01.2024 Okken, Sandra
Genehmigung: 16.01.2024 Hitz, Marc

Version: 2.0

Seite: 2 von 2