

Bitte zurück an:

Ida (Ingeborg) Danielzick  
beim Medizinischen Dienst Bremen  
Falkenstr. 9  
28195 Bremen  
[ombudsperson@md-bremen.com](mailto:ombudsperson@md-bremen.com)

## Einwilligungserklärung

zur Weitergabe von Daten/Unterlagen/Gutachten/personenbezogenen Daten an die unabhängige Ombudsfrau des Medizinischen Dienstes Bremen (MD Bremen)

Hiermit willige ich

Name, Vorname ..... geboren am .....

Anschrift .....

Telefon ..... Mailadresse .....

in die Kontaktaufnahme und Weitergabe von Daten, Unterlagen und Gutachten einschließlich der dort enthaltenen personenbezogenen Daten durch den MD Bremen und seiner Mitarbeitenden und Gutachtenden, an die unabhängige Ombudsfrau des MD Bremen ein. \*

Ich erkläre mich mit der Verarbeitung, Erhebung sowie Speicherung von personenbezogenen Daten, durch die Ombudsfrau des MD Bremen einverstanden, soweit diese für die Tätigkeit der Ombudsfrau und die Bearbeitung meiner Eingabe/Beschwerde (bitte kurz benennen) erforderlich sind. \*

Eingabe/Beschwerde .....

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum ..... Unterschrift .....

\*unter Einhaltung der gesetzlichen Datenschutz Bestimmungen