



Datenschutzinformation

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten,

gemäß dem neuen Datenschutzrecht sind wir verpflichtet, Sie zum Thema "Datenschutz" aufzuklären. Wir möchten Sie daher über folgende Vorgehensweise in unserer Praxis informieren und erbitten sodann Ihre Einwilligung durch Ihre Unterschrift in unsere nachfolgend aufgeführten internen Datenschutzmaßnahmen:

Informationen zum praxisinternen Umgang mit der aktuellen Datenschutzverordnung

In unserer Praxis werden von Beginn an Patientendaten erhoben, verarbeitet und elektronisch gespeichert.

Innerhalb unserer Praxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiterinnen den Zugang zu Ihren Patientendaten. Alle Mitarbeiterinnen sind zum Datenschutz verpflichtet und haben zu Beginn ihres Arbeitsverhältnisses in unserer Praxis eine Schweigepflichterklärung unterzeichnet.

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich,

Vor- und Nachname des Patienten
(in **DRUCKBUCHSTABEN**)

Geburtsdatum

Festnetz-/ Mobilfunknummer

mich damit einverstanden, dass ich namentlich aus dem Wartezimmer aufgerufen werden darf und meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet oder angefordert werden:

Bitte wenden →

- Auftragslaboratorien zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können.
- Pathologie
- Privatärztliche Verrechnungsstelle
- Hausarzt
- weiterbehandelnde Ärzte, Kliniken
- Ihre Krankenkasse
- Physiotherapeuten, Logopäden
- Berufsgenossenschaften

Hausarzt mit Adresse

Bei den übermittelten Patientendaten kann es sich z.B um Arztbriefe, Befundberichte oder Röntgenbilder/MRT/CT-Bilder handeln.

Ich bin damit einverstanden, dass **Rezepte** von folgenden Personen in meinen Namen abgeholt werden dürfen:

Nein Ja

Name:

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zusätzlich zu mit- und weiterbehandelnden Ärzten **folgenden Personen** telefonisch Auskunft bzgl. meiner Daten geben dürfen:

Nein Ja

Name:

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1 b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum/ Unterschrift