

Informationen zum Datenschutz

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig, daher möchten wir Ihnen folgende Informationen geben:

Im Rahmen Ihrer Behandlung sind wir gesetzlich verpflichtet, Ihre personenbezogenen Daten (insbesondere Name, Geburtsdatum, Kontaktadresse sowie bisherige und zukünftige medizinische Daten) aufzuzeichnen. Die elektronische Datenverarbeitung ist für Ihre Behandlung unerlässlich und erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen zum Datenschutz.

Wir weisen Sie darauf hin, dass die Mitarbeiter der Praxis Einblick in Ihre Daten haben, sofern dies im Rahmen Ihrer Behandlung erforderlich ist. Wir versichern Ihnen, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterzeichnet haben.

Außerdem informieren wir Sie darüber, dass Ihre persönlichen Daten im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften an Leistungsträger der Sozialversicherung (bspw. Krankenkassen etc.) unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen weitergegeben werden müssen.

Unser Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ gibt Ihnen weitere Informationen rund um das Thema Datenschutz.

Bitte unterschreiben Sie auf der nächsten Seite Ihre Einwilligung zur Informationsweitergabe.

Bitte wenden!

Ihre Einwilligung zur Informationsweitergabe und zum Kontaktweg:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung an meinen Hausarzt (§ 73 Abs. 1 b SGB V) und im Zuge der Mit- und Weiterbehandlung an weitere Fachärzte, inklusive Laborärzte übermittelt werden.

Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich von den Mitarbeitern der Praxis kontaktiert werde, sofern es im Rahmen der Behandlung notwendig ist bzw. Terminabsprachen dies erfordern (bitte zutreffende Kontaktwege ankreuzen!)

- telefonisch
- per E-Mail an folgende Mail Adresse: _____

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie die Einwilligung zur Weitergabe Ihrer persönlichen Daten und die Angabe zum Kontaktweg jederzeit widerrufen können!

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Weitergabe von Daten / Rezepten an Angehörige

Ich erteile meine Einwilligung, dass Informationen im Rahmen meiner Behandlung an die folgenden Personen weitergegeben werden:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Nur Rezepte zur Abholung	Rezepte und weitere Informationen (ggf. spezifizieren)

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie die Einwilligung zur Weitergabe Ihrer persönlichen Daten und zum Kontaktweg jederzeit widerrufen können!

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten