

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG DATENVERARBEITUNG/ DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patientin!

Die Sicherheit Ihrer Daten und Ihrer Privatsphäre ist uns sehr wichtig! Daher bitten wir Sie höflichst, die Einwilligung zu lesen und zu unterschreiben.

Name, Vorname

_____._____._____
Geb.-Datum

Hiermit willige ich ein,

1. dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies bei meiner Behandlung erforderlich ist
2. dass Daten über meine ärztliche Behandlung / meine Befunde aus der Frauenarztpraxis K. Thormann in Biederitz an weiterbehandelnde Ärzte, Labore, Krankenhäuser, Praxen sowie andere Leistungs- und Dienstleistungserbringer (z.B. Abrechnungsstelle, Krankenkassen, KV, Gerichte, Ämter, Transportunternehmer, Fahrdienste) weitergegeben und angefordert werden dürfen, sofern dies zu meiner Mit- und Weiterbehandlung/ Abklärung/ zur Abrechnung notwendig ist.
3. Außerdem erkläre ich mich einverstanden, dass mich betreffende Informationen / Befunde / Rezepte / Überweisungen / andere Unterlagen an die folgenden Personen weitergegeben werden dürfen:

Name, Vorname, Geburtsdatum _____

Name, Vorname, Geburtsdatum _____

Name, Vorname, Geburtsdatum _____

4. Ich bin damit einverstanden, dass externe Auftragsverarbeiter (IT, online Systeme) meine behandlungsrelevanten Daten verarbeiten dürfen.
5. Ich bin damit einverstanden, dass eine Terminerinnerung / Kontaktaufnahme oder Urlaubsmitteilung z.B. per SMS, E-mail oder Telefon durch unsere Praxis oder durch externe Anbieter (z.B. Clickdoc) erfolgen dürfen.

Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Biederitz, den _____._____._____ Unterschrift _____