

## Datenschutzerklärung

### Das Datenschutzrecht schreibt uns vor, Ihnen Folgendes mitzuteilen:

Wir weisen darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert werden.

In unserer Gemeinschaftspraxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Zugang zu Ihren Daten, alle haben eine Schweigepflichterklärung unterschrieben.

E-Mail:

[kontakt@diabeteszentrum-alsdorf.de](mailto:kontakt@diabeteszentrum-alsdorf.de)

Würselener Str.3  
52477 Alsdorf  
Tel.: 02404-23258  
Fax: 02404-81681

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_      Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

- Informationen zu meiner Krankheit:** Ich willige ein, dass die o.g. Praxis Befunde bei weiteren Leistungserbringern (z.B. Hausarzt, Labor, Krankenhaus) einholt und bei mir erhobene Befunde an die mit behandelnde Praxen u./o. Krankenhäuser und sonstige Leistungserbringer auf deren Wunsch übermittelt.
- Ich bin damit einverstanden, dass die bei mir erhobenen Befunde an den überweisenden Arzt und Hausarzt übermittelt werden dürfen.
- Datenübermittlung:** Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten, Befunde und Arztbriefe elektronisch übermittelt werden dürfen (z.B. per Fax). Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei Bedarf Termine, Terminverschiebungen, aktuelle Informationen und Fragen zur Behandlung über E-Mail versendet werden dürfen.
- Informationsweitergabe an Angehörige:** Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr.med. Schmidt & Kollegen Informationen an den/die unten genannten Angehörigen weitergibt. Dies gilt auch für telefonische Anfragen, Rezept-/Überweisung und Befundabholung. Dafür entbinde ich die o.g. Praxis von der ärztl. Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
Name des Angehörigen

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Name des Angehörigen

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Name des Angehörigen

\_\_\_\_\_  
Telefon

**Die Einwilligung kann jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden. Die Datenverarbeitung bleibt bis zum Zeitpunkt des Widerrufs rechtmäßig. Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in