

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/rinnen Zugang zu Ihren Daten. Alle haben eine Schweigepflichterklärung unterschrieben.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____ Telefonnummer: _____

Emailadresse: _____

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

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