

Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir dazu verpflichtet Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Arztpraxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Die eingehende Information und welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben, können Sie dem ausführlichen Informationsblatt im Wartezimmer entnehmen.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten:

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten intern allen Mitarbeitern der Landarztpraxis Wüstring offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.
- Kassenärztliche Vereinigung zum Zweck der Abrechnung, der bei Ihnen erbrachten Leistungen; Bei Privatpatienten externe Abrechnungsstellen z.B. der PVS.
- Ihre Krankenkasse.
- Der medizinische Dienst der Krankenversicherung.
- Versand von Unterlagen an weiterbehandelndem Ärzte und Kliniken, sofern eine Weiterbehandlung erwünscht ist.
- Übermittlung der Rezept relevanten Daten an Ihre Apotheke
- Das medizinische Labor
- Telefonische Auskünfte an Ehepartner oder Kinder/Eltern
- Weitergabe Ihrer Kontaktdaten an mitbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie uns hiermit zustimmen. Ich wurde von meinem Arzt über das Erheben, Speichern und Weiterleiten meiner Daten informiert und stimme diesen zu. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass die Praxis mich künftig weiterhin namentlich anspricht und der Kontakt per Telefon/SMS oder E-Mail stattfinden darf. Hierbei handelt es sich um organisatorische, patientenbezogene Korrespondenz und nicht um Newsletter. Ich bin damit einverstanden, dass ein Foto meiner Person in meiner Karteikarte gespeichert wird.

Mein Einverständnis kann ich jederzeit für die nicht gesetzlich vorgeschriebenen Punkte widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen im Rahmen meiner Behandlung, an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden dürfen, nachdem deren Identität zweifelsfrei festgestellt wurde:

Name, Vorname: _____ geb. am _____

Name, Vorname: _____ geb. am _____

Name, Vorname: _____ geb. am _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Vorname: Nachname: Geb.

Ort: Datum: Unterschrift: _____

Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit.h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr 1 lit b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Sonja Broch (Landarztpraxis Wüstring)