

**Datenschutzeinverständniserklärung**

<b><u>Nachname</u></b>	<b><u>Vorname</u></b>	<b><u>Geburtsdatum</u></b>
<b><u>Strasse/Hausnummer</u></b>	<b><u>PLZ</u></b>	<b><u>Ort</u></b>
<b><u>Krankenkasse</u></b>	<b><u>Tel</u></b>	<b><u>Mobil</u></b>
<b><u>E-Mail</u></b>		

Datum \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

laut EU-DSGVO vom 25.05.2018 benötigen wir Ihre Einwilligung zur Speicherung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Diese Einwilligung ist freiwillig und nicht Voraussetzung für eine Behandlung. Nach dem Prinzip der Datensparsamkeit erheben und verarbeiten wir deshalb nur Daten, die mittelbar oder unmittelbar mit Ihrer Erkrankung und deren Behandlung verbunden sind.

Dies sind zum einen die von Ihnen direkt an uns mitgeteilten Daten wie z.B. die von Ihnen oben eingetragenen Daten, sowie die von uns beauftragten ermittelten Daten wie z.B. Befunde, Verordnungen als auch solche von mitbehandelnden Ärzten, Therapeuten, Krankenhäuser etc. Die Übermittlung an Dritte erfolgt immer nur zwackgebunden für die jeweiligen Untersuchungen und Ergebnisse.

Ich willige ein, dass ich auf den vom mir bekannt gegebenen oder öffentlich zugänglichen Kommunikationswegen (z.B. Telefon, Mail) kontaktiert werden darf und u.a. an Termine, Verordnungen Untersuchungen etc., erinnert werde

ja  nein

Ich willige ein, dass meine behandlungsrelevanten Befunde im Bedarfsfall an andere Ärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Therapeuten etc., weitergeleitet oder von dort angefordert werden dürfen

ja  nein

Ich willige ein, dass die angeforderten bzw. von mit mitgebrachten Befunde von mir, nach Archivierung, vernichtet werden können

ja  nein

Ich willige ein, dass von mit Bevollmächtigte/Beauftragte Rezepte, Überweisungen, Verordnungen etc. ausgehändigt werden dürfen. Diese sind vor Einsichtnahme Dritter zu schützen.

ja  nein

Das Recht diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen ist mir bekannt.

---

Unterschrift des Patienten/bzw. des Erziehungsberechtigten