

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten .

Ich

Vorname, Name des Patienten, Geburtsdatum des Patienten

Vorname, Name des gesetzlichen Vertreters

Erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Drs. Wenk / Dörr meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. meine Behandlungsdaten von anderen Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.
- meine Labordaten an die mit uns kooperierenden Labore übermittelt werden.
- zum Zwecke z.B. der Impfstoffbestellung oder Medikamentenlieferung meine Rezepte an eine von mir genannte Apotheke per Fax übermittelt werden dürfen.
- meine Daten praxisintern zum Profiling benutzt werden, z.B. um Statistiken über bestimmte Erkrankungen zu erheben.
- meine Daten für die Terminvereinbarung im Onlineplaner der Praxis verwendet werden dürfen.
- meine Daten für Terminbestätigungen im Rahmen eines Recalls benutzt werden.
- nach Rücksprache Behandlungsdaten auch an Angehörige oder von mir autorisierte Personen weitergeleitet werden dürfen

(Nichtzutreffendes bitte streichen)

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich die Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Das Informationsblatt zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters
Ab 15 Jahre vom Patienten selbst unterschreiben