

Einverständniserklärung zum Datenschutz

Patient/ Patientin

Vorname/Name: _____

geboren am _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wenn Sie bei uns behandelt werden, dann entstehen Daten, die wir verarbeiten, speichern und weitergeben.

Überwiegend geschieht dies aufgrund von Gesetzen, die zum Beispiel die Weitergabe von Daten an Ihre Krankenkasse, an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und an die Kassenärztliche Vereinigung regeln.

Aber auch außerhalb dieser gesetzlich festgelegten Datenübermittlung ist es notwendig, Daten weiterzugeben und auch von anderen anzufordern, damit wir und auch andere Sie optimal behandeln können.

Dabei handelt es sich überwiegend um die Übermittlung und die Anforderung von Behandlungsdaten in schriftlicher, elektronischer und telefonischer Form an und von anderen Haus- und Facharztpraxen, Krankenhäusern, Laboreinrichtungen, Apotheken, Psychotherapeuten, Physiotherapiepraxen und Pflegediensten, durch die Sie ebenfalls behandelt werden. Auch kann eine Datenweitergabe an privatärztliche Verrechnungsstellen oder eine Inkassostelle erfolgen.

Entsprechend der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) möchten wir Sie über unseren Umgang mit Daten zu Ihrer Person und Ihren Gesundheitsdaten unterrichten und Ihr Einverständnis dazu einholen.

Wir werden nur Daten anfordern und weitergeben, die für den jeweiligen Zweck oder Ihre Behandlung notwendig sind, und diese im Rahmen der gesetzlichen Fristvorgaben speichern.

Selbstverständlich gilt für Ihre Daten auch weiterhin die strenge ärztliche Schweigepflicht.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns Ihr Einverständnis entsprechend dem oben gesagten Ihre personenbezogenen Daten und Ihre Behandlungsdaten mit Dritten auszutauschen und diese auch zu speichern.

Sie können Ihr Einverständnis jederzeit schriftlich widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift