

Datum: 20.05.2018
Version: 1

VA11F01

Schweigepflichtentbindung



Name	Vorname	Geburtsdatum
PLZ	Ort	Straße
Telefon privat	Telefon Dienst	Handy

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Diese Information können Sie dem Aushang in unserem Wartezimmer und unserer Internetseite entnehmen. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

Das von Ihnen im folgenden erteilten Einverständnis kann von Ihnen jederzeit aufgehoben werden. Wir bitten in diesem Fall um eine kurze schriftliche Anweisung von Ihnen.

Befundübermittlung

Im Rahmen der DSGVO bitten wir Sie uns Ihr Einverständnis zur Weitergabe Ihrer Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte zu erteilen.

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholen darf. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

Datum:

Unterschrift Patient:

Datum: 20.05.2018
Version: 1

VA11F01

Schweigepflichtentbindung



Übergabe von Befunden und Formularen

Aufgrund der DSGVO sind wir verpflichtet Befunde oder Formulare nur noch an Sie persönlich zu übergeben, es sei denn, sie übertragen diesen Auftrag an eine dritte Person.

Folgende von mir benannte Personen dürfen in meinem Namen Befunde oder Formulare in meinem Auftrag entgegennehmen:

Name	Vorname	Anschrift
Name	Vorname	Anschrift
Name	Vorname	Anschrift
Name	Vorname	Anschrift
Apotheke	Straße	Ort
Altenheim	Straße	Ort
Pflegedienst	Straße	Ort

Datum:

Unterschrift Patient:

Einladung/ Recall

Ich bin damit einverstanden/ nicht einverstanden dass ich zu fälligen Untersuchungen wie Impfungen, Laborkontrollen, Check up usw. per Post oder Telefon informiert werde.

Datum:

Unterschrift Patient: