

Einwilligungserklärung

zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

Liebe Patienten,

der Schutz ihrer Daten ist uns wichtig. Falls Sie die Weiterführung Ihrer Behandlung durch uns wünschen, benötigen wir Ihre Einwilligung zur Erhebung, Übernahme und Übermittlung Ihrer persönlichen Patientendaten.

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten (z.B. Anamnese, Befunde, Diagnosen, Arztbriefe, etc.) nach Übergabe der Praxis von Herrn Dr. Berner (am Bahnhofplatz 1, 73650 Winterbach) an Frau Dr. Aigeldinger-Jordon und Herrn Dr. Schäufele durch die neuen Praxisinhaber sowie durch alle dort praktizierenden Ärzte und Angestellten erhoben und verarbeitet werden dürfen. Ein Informationsblatt zum Datenschutz liegt in der Praxis aus und kann eingesehen werden.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde (siehe oben), die durch die Praxis Dr. Berner erhoben wurden, von der Praxis Dr. Aigeldinger-Jordon und Dr. Schäufele, zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung eingesehen, erhoben und verarbeitet werden dürfen.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde (siehe oben) bei anderen Ärzten, Psychotherapeuten und sonstigen Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert und verarbeitet werden können.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde (siehe oben) an mich behandelnde weitere Ärzte, Psychotherapeuten und sonstige Leistungserbringer zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung übermittelt werden dürfen.
- mich die Praxis zu Terminerinnerungen und Rückrufen per E-Mail, Telefon oder per Post kontaktieren darf.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft, bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Ort

Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzl. Vertreters