

Pat. Nr.:

Ich (_____) bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger, mitbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser und Pflegedienste übermittelt werden.

Ich erkläre mich einverstanden, dass mir persönliche Befunde (z.B. Arztbriefe, Labordaten) auf mein Verlangen per Email zugeschickt werden dürfen und dass mir unter Bezugnahme auf meine persönlichen Belange per Email von den Ärztinnen und Praxismitarbeiterinnen Fragen beantwortet werden dürfen. Ich bin mir dabei bewusst, dass die E-mailkommunikation unverschlüsselt erfolgt und damit im Prinzip für andere wie eine Postkarte lesbar sein kann.

Email-Adresse: _____

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden **Angehörigen** weitergegeben werden, nachdem deren Identität festgestellt wurde. Außerdem sind diese Personen berechtigt, Rezepte, Überweisungen und Befunde jeglicher Art abzuholen:

Name und Vorname der berechtigten Personen:

Name , Vorname _____

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Das Einverständnis kann jeder Zeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Dateiname: Datenschutz
Erstellt: Dr. F. Günther
Geprüft: K. Ratzek
Freigegeben: Dr. F. Günther

am: 21.05.2019
am: 21.05.2019
am: 21.05.2019

Seite 1 von 1
Version: 5.0
gültig ab: 21.05.2019