

Datenschutzvereinbarung

Einwilligung zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

In unserer Facharztpraxis für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie werden gemäß der EU-Datenschutzverordnung Patientendaten erhoben, verarbeitet und elektronisch gespeichert. Ich willige ein, dass die Facharztpraxis für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten, Laborärzten, Krankenhäusern, Kostenträgern und sonstigen medizinischen Leistungserbringern (z.B. Krankengymnasten, Pflegeeinrichtungen, Apotheke) zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln darf, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Facharztpraxis aufgrund von Befundmitteilungen, Terminverschiebungen u. ä. über die von mir angegebenen Telefonnummer oder E-Mail-Adresse kontaktieren darf.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. medizinischen Leistungserbringern und unserer Facharztpraxis statt. Diese Widerrufserklärung ist an unsere Facharztpraxis zu richten. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zum Widerruf bleibt rechtmäßig.

Die Patienteninformation zum Datenschutz wurde mir zur Verfügung gestellt bzw. ich verzichte auf eine Kopie der unterschriebenen Datenschutzvereinbarung.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____

Ich verzichte auf eine Kopie der Datenschutzerklärung.

Unterschrift _____