

Einwilligungserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

Vor- und Zunamen

Geburtsdatum:

--	--

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Hausarztpraxis Dr. med. Stephan Luible meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Hierzu gehören auch Stammdaten, Befunde, Labordaten und Fotodokumentation. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Datenverwendung
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folge dessen

Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde als Bericht (Brief) an mitbehandelnde Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungsbringer per Post, E-Mail übermittelt werden dürfen. Darunter fallen auch Labore wie z. B das MVZ Labor Dr. Gärtner Ulm /Ravensburg.

Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mitbehandelnden Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungsbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung per Telefon, Fax, E-Mail angefordert werden dürfen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich in der Praxis mit Vor- und/ Nachnamen angesprochen oder aufgerufen werde.

Sollten Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte rechtzeitig ab. Bei Nichterscheinen ohne Absage berechnen wir in berechtigten Fällen eine Ausfallgebühr von 25 Euro.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folge eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu Zwecken, die der Behandlung dienen, zu.

- Übermittlung von Befunden per Telefon, E-Mail oder Post an mich selbst
- Terminierung und Terminbestätigung per Telefon und E-Mail

Nicht gewünschtes bitte streichen

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Patienten/ gesetzlichen Vertreters: _____