

Allgemeinarztpraxis Rick
Bernhard Rick und angestellte Ärzte
Fachärzte für Allgemeinmedizin
Schussenstr. 3, 88212 Ravensburg

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Wenn wir Sie beraten und behandeln, so geht dies nicht ohne Verwendung Ihrer Daten. Im Rahmen der Datenschutzverordnung bedarf es hierzu Ihrer entsprechenden Einwilligung.

Die „Patienteninformation zum Datenschutz“ liegt in unserer Praxis aus, ist auf unserer Homepage abrufbar und kann Ihnen auf Wunsch auch mitgegeben werden. Ein Duplikat dieser Einwilligungserklärung können Sie auf Wunsch erhalten.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihre Allgemeinarztpraxis Rick

Bitte nicht Zutreffendes streichen!

Einwilligungserklärung zur Erhebung Ihrer Daten

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Allgemeinarztpraxis Rick meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Die „Patienteninformation zum Datenschutz“ kann auf Wunsch eingesehen werden.

Einwilligungserklärung zur Übermittlung Ihrer Daten

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Behandlungsdaten und Befunde an weitere Ärzte/Psychotherapeuten, die mich behandeln, und an weitere Leistungserbringer z.B. an das Labor weitergegeben werden dürfen.

Datennutzung zu bestimmten anderen Zwecken, die gegebenenfalls über die Behandlung hinausgehen

Ich erkläre mich einverstanden, dass alle Ärzte der Allgemeinarztpraxis Rick Zugriff auf meine Daten erhalten. Dies hat den Vorteil, dass sich die Ärzte gegenseitig vertreten und dass bei Bedarf die Ärzte sich untereinander beraten können.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Allgemeinarztpraxis Rick mich per Post oder per Telefon zur Übermittlung von Befunden oder Informationen z.B. für Terminerinnerungen kontaktiert.

Kontaktdaten

➤ Name, Vorname: _____ Geb. am: _____

➤ Telefonnummer(n): _____

➤ E-Mail Adresse: _____

➤ Für den Fall, dass ich z.B. für eine Befundmitteilung nicht persönlich erreichbar sein sollte, **dürfen folgende Personen** informiert werden (*leere Zeilen streichen*):

Widerrufsrecht

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Dadurch kann es zu einer Einschränkung in der Beratung und Behandlung kommen. Über die detaillierten Folgen eines Widerrufs kann ich eine weitere Aufklärung erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift
(ggf. Bevollmächtigter bzw. Betreuer)