



Datenschutzerklärung

Datum:

Name: Geburtsdatum:

Adresse:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt zur Heilbehandlung. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnese, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte/ Psychotherapeuten erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. Arztbriefe, Laborbefunde).

Wir sichern Ihnen zu, dass wir Ihre Daten streng vertraulich und unter strikter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen behandeln. Nach §73 Abs. 1b SGB V ist eine schriftliche Einwilligung des Patienten notwendig. Aus diesem Grund bitten wir Sie, die nachfolgende Einwilligung zum Datenschutz zu unterzeichnen. Die Einwilligung muss jährlich erneuert werden.

Mit Ihrer Einwilligung stimmen Sie zu, dass Laboruntersuchungen mit Ihren Personalien an das Labor Synlab Holding Deutschland GmbH übertragen werden dürfen. Sollte dies nicht der Fall sein, melden Sie sich bitte bei der Praxisanmeldung.

Einwilligungserklärung

1. zum Datenschutz gegenüber Dritten (Privatpersonen)

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass Befunde (Laborwerte, Arztbriefe) als auch Rezepte oder Überweisungen/ Einweisungen folgenden Personen mitgeteilt und/ oder mitgegeben werden dürfen:

nicht erwünscht

Person1(Name,Vorname,geb.):

Person2(Name,Vorname,geb.):

2. zum Datenschutz gegenüber Ärzten/ Krankenhäusern

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass Befunde von mit-/ weiterbehandelnden Ärzten oder Krankenhäusern angefordert oder an sie übermittelt werden dürfen.

Nein

Ja,
(bitte Namen und Ort der Ärzte/ Kliniken notieren)

außer von:

.....
(bitte Namen und Ort der Ärzte/ Kliniken notieren)

3. zum Datenschutz auf dem Weg zwischen mir und der Praxis

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass Rezepte, Überweisungen und Arztbriefe per Post an mich versandt werden dürfen.

Nein

Ja, die Material- und Portokosten von 1 € werde ich bei der Anmeldung hinterlegen.

BITTE WENDEN!



Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass ich einer telefonischen Befundauskunft durch die Mitarbeiter der Diabetologie Mühleninsel zustimme.

Nein

Ja

Ich erkläre mich ausdrücklich einverstanden, dass medizinisch sensible Daten mir per Email versandt werden. Mir ist bekannt, dass dies in aller Regel unverschlüsselt erfolgt. Die übermittelten Daten sind daher nicht vor dem Zugriff Unberechtigter geschützt. Es besteht daher die Gefahr, dass versandte Daten von Dritten abgefragt und gelesen werden.

Nein

Ja, an folgende Emailadresse:

4. zur Kontaktaufnahme der Praxis zur mir

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Praxis Diabetologie Mühleninsel mich an Termine oder sinnvolle Behandlungen erinnern darf.

Nein

Ja (Postweg, Telefon, Email, SMS)

5. zur Erhebung und Nutzung eines Patientenfotos

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die Fotos, die in der Praxis Diabetologie Mühleninsel entstanden sind, für meine Patientenakte verwendet werden dürfen. Dies schützt vor Missbrauch Ihrer elektronischen Gesundheitskarte sowie zur sicheren Befundzuordnung.

Nein

Ja , ich möchte fotografiert werden.

Ja, ich sende der Praxis digital ein Passfoto.

Ich habe die Erklärung gewissenhaft durchgelesen und ausgefüllt.

Mir ist bewusst, dass ich, falls sich meine Angaben zwischenzeitlich ändern sollten, die Änderungen umgehend der Praxis Diabetologie Mühleninsel mitteilen muss. Versäume ich diese Information mitzuteilen, ist das ein Verschulden meinerseits und alle juristischen und rechtlichen Folgen werde ich tragen.

Die Einwilligungserklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann. Ihre Einwilligungserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft abgeändert oder gänzlich widerrufen werden, wobei der Widerruf schriftlich erfolgen muss: per Post, per Email an kontakt@diabetologie-muehleninsel.de oder per Fax an 0871- 966 669 71.

Datum:

.....
Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter)