

Einverständnis zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten



Dr. med. Ralf Schreiber
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe | Akupunktur

Sehr geehrte Patientin,
nach der EU Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Diese Information finden Sie als Auslage im Wartezimmer oder bekommen diese auf Wunsch auch zum Mitnehmen.

Ich

erkläre mich einverstanden, dass:
(zutreffendes bitte ankreuzen)

- Herr Dr. med. Ralf Schreiber/Dr. med. Brigitta Landstorfer meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt/ Überweiser zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt/ Überweiser übermittelt. Es erfolgt kein genereller Bericht an den Hausarzt, außer bei relevanten Befunden in Absprache mit mir;
- Herr Dr. med. Ralf Schreiber/Dr. med. Brigitta Landstorfer bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von Herrn Dr. med. Ralf Schreiber/ Dr. med. Brigitta Landstorfer zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt;
- alle Ärzte (Inhaber, Vertreter) der Praxis meine Behandlungsdaten einsehen können;
- meine Behandlungsdaten einem Fremdlabor (z.B. für Blutuntersuchungen/Abstriche) zugänglich gemacht werden (für Behandlung zwingend erforderlich);
- mir Befunde per E-Mail/Fax übermittelt werden obwohl ich darüber aufgeklärt wurde, dass dies eine unsichere und unverschlüsselte Art der Befundübermittlung ist;
- ich zur Erinnerung an mit uns vereinbarte Termine, eventuelle Folgetermine oder auch fällige Gesundheitsuntersuchungen und Vorsorgeuntersuchungen per E-Mail oder auf sonstigen elektronischen Übermittlungswegen oder per Telefon kontaktiert werde, obwohl eine schnelle und unkomplizierte Kommunikation über E-Mail mit einem Verlust an Vertraulichkeit und Sicherheit verbunden sein kann.

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.