

Gemeinschaftspraxis s Dr. Deist/Ernst ISO 9001:2015	FB Datenschutz Einverständniserklärung Patienten	Version 2
--	---	--------------

Hiermit erkläre ich, _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten im Bedarfsfall an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Auftragslaboratorien* zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können
- Hausarzt
- Krankenhäuser

Ich bin damit einverstanden,

- Dass Rezepte/Überweisungen von anderen Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen, mit Vorlage der Krankenversichertenkarte oder einer Bevollmächtigung der Patient:innen
- Mit dem elektronischen Versand von Arztbriefen und E-Rezepte

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum / Unterschrift

*Die genauen Anschriften sind beim Personal der Anmeldung zu erfragen.

Einwilligung über Befundübermittlung

Hiermit werde ich in Kenntnis gesetzt, dass bei der Befundübermittlung per Fax **nicht** gewährleistet werden kann, dass es sich beim Empfänger um die berechnigte Person handelt. Weiterhin nehme ich zur Kenntnis, dass die Befundübermittlung per E-Mail **nicht** verschlüsselt erfolgt.

Durch die Unterschrift dieser Einwilligung verliere ich **alle** Rechtsansprüche gegen die Gemeinschaftspraxis Dr. Deist/Ernst, falls meine personenbezogenen medizinischen Daten durch Dritte gelesen, verändert, gelöscht oder für Werbezwecke usw. in jeglicher Hinsicht missbraucht werden

Datum / Unterschrift

Quelle: QuDaMed Sonnemann/Strelecki

Dateiname: FB Datenschutz Einverständniserklärung Patienten
Ersteller: Anna Pfitzner
Freigabe: Dr. Deist/M. Ernst

Erstelldatum: 05.10.2019
Freigabedatum: 05.10.2019