

Neurologische Praxis

Dr. med. Bernd-Alexander Hock
Facharzt für Neurologie

Patient: _____ Telefon/Handy: _____
Geburtsdatum: _____ E-Mail-Adresse: _____
Adresse: _____

Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Datenverarbeitung erfolgt zur Heilbehandlung. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befund, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte, 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 Patientin notwendig. Aus diesem Grund bitten wir Sie, die nachfolgende Einwilligung zum Datenschutz zu unterzeichnen. Mit Ihrer Einwilligung stimmen Sie zu, dass Laboruntersuchungen mit Ihren Personalien an das Labor übertragen werden dürfen. Sollte dies nicht der Fall sein, melden Sie sich bitte bei der Praxisanmeldung.

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 Ja, folgende Personen: _____

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

Ja Nein

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass mir medizinisch sensible Daten per E-Mail zugesandt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass dies in aller Regel unverschlüsselt erfolgt. Die übermittelten Daten sind daher nicht vor dem Zugriff Unberechtigter geschützt.

Nein Ja, an folgende E-Mail-Adresse: _____

Mir ist bewusst, falls sich meine Angaben zwischenzeitlich ändern sollten, ich die Änderungen umgehend den Mitarbeitern der Praxis mitteilen muss.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise, ohne Angabe von Gründen, ändern oder widerrufen kann. Der Widerruf muss schriftlich erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter)