



Einverständniserklärung zum Umgang mit persönlichen Daten und zur Informationsweitergabe

— Patientendaten

Name, Vorname _____

Geburtstag _____

— Information zur Verarbeitung persönlicher Daten

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass meine Daten praxisintern unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen elektronisch verarbeitet werden.

Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung erfolgt aufgrund der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentationspflicht und der Erfüllung des Behandlungsvertrages. Siehe auch das Informationsblatt nach Art. 13 DSGVO.

Meine Daten werden praxisintern dem medizinischen Personal zur reibungslosen Abwicklung offen gelegt, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Alle Mitarbeiter sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Im Falle der Abrechnung mit gesetzlichen Krankenkassen erfolgt quartalsweise eine gesetzlich vorgeschriebene Übertragung Ihrer Daten nach §294 SGB V an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen.

— Einverständnis zur Datenweitergabe an Dritte

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Hausärzte, übermittelt werden.

— Einverständnis zur telefonischen Auskunft

Sofern erforderlich, kann mir die Praxis telefonisch Auskunft zu meinen eigenen medizinischen Belangen geben, nachdem meine Identität festgestellt wurde und einen vierstellige Code abgeglichen wurde. Diesen Code legen Sie in diesem Bogen fest.

Meine Code lautet: _____ (Bitte vier Ziffern angeben)

— Einverständnis zur Kontaktaufnahme per E-Mail oder Kurzmitteilung

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich aus rein organisatorischen Gründen (z.B. Termine) auf elektronischem Wege per E-Mail oder einem Kurzmitteilungs-Dienst kontaktieren darf.

— Einverständnis zur Weitergabe von Informationen an Angehörige

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon oder persönlich festgestellt und der jeweilige Code abgeglichen wurde: _____ (die Codes legen Sie in diesem Bogen fest)

Name	Verwandtschaftsgrad	Code (4 Ziff.)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Alle Einverständnisse können jederzeit widerrufen werden

Ort, Datum _____

Unterschrift _____