

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten



Dr. med. Ulrike Zeitler

Fachärztin für Allgemeinmedizin
Naturheilverfahren, Akupunktur,
Notfallmedizin

Weißhofer Straße 69
75015 Bretten

Telefon: 07252 5391750

Fax: 07252 5391753

E-Mail: info@praxis-dr-zeitler.de

www.praxis-dr-zeitler.de

Ich

(Vorname, Name, Geb. Datum)

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Zeiler meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis vorgelegt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- Über den Umfang und die Art meiner Daten
- Über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- Über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- Mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- Mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailing, Informationen und Terminerinnerungen auch telefonisch über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters