praxis
am kreuzberger ring

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

Ich, _____
Name, Vorname, Geburtsdatum

_____
Adresse

erkläre mich damit einverstanden, dass in der Praxis am Kreuzberger Ring, MVZ Dr. med. Helge Riegel GmbH meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Mir wurde eine Patienteninformation zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welcher ich auch Rückfragen stellen konnte.

- über die Art und den Umfang meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten Widerspruch einzulegen und den sich daraus ergebenden Folgen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- meine Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können

- meine Behandlungsdaten und Befunde an andere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer, die mich ebenfalls behandeln, übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von Bestimmten Werten (z.B. Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Diagnosestellung und Behandlung erforderlich sind.

- Des Weiteren stimme ich der Nutzung meiner Daten für die Zusendung von Benachrichtigungen per E-Mail bzw. SMS ausdrücklich zu.

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.

_____ _____
Datum, Ort Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters