

DATENSCHUTZEINWILLIGUNG

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden – § 73 Abs. 1 b SGB V sowie Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten und Datenspeicherung nach DSGVO Art. 6 Abs. 1 a.

Dr. med. Aso Khaffaf

PRAXIS FÜR UROLOGIE

Berenbosteler Str. 76 B

30823 Garbsen

Telefon: 0 51 37 - 750 55

Telefax: 0 51 37 - 109 01

info@urologieingarbsen.de

www@urologieingarbsen.de

.....
Patientenname, Vorname

.....
Geburtsdatum

1. Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/Ärztin der Urologie in Garbsen die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern (z. B. anderem Facharzt, Krankenhausarzt, Psychotherapeut), bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt/Ärztin der Urologie in Garbsen darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm/ihr zu erbringenden Leistungen verwenden.
2. Ich erteile dem Arzt/Ärztin sowie den medizinischen Mitarbeitern der Urologie in Garbsen die Erlaubnis, meine Untersuchungsbefunde auf meine persönliche Anfrage auch telefonisch an mich weiterzugeben.
3. Ich erkläre mich im Rahmen dieser Einwilligung einverstanden, dass die unter 1. erhaltenen Daten und die für die telefonische Kontaktaufnahme erforderliche Telefonnummer sowie E-Mail-Adresse auf Grundlage des Datenschutzgesetzes (DSGVO) Art. 6 Abs. 1 a zu den o. g. Zwecken verarbeitet, insbesondere gespeichert werden.
4. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Kontaktadressen von der Terminservicesoftware der Praxis zur Terminbuchung und Terminerinnerung genutzt werden darf.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient

Schweigepflichtentbindung

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Person über meine medizinischen Daten Auskunft erhalten darf:

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Telefonnummer

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient