

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (Art. 6 Abs. Buchst. A), Art. 7 DSGVO

Name: _____, geb. _____

Damit wir bei Ihnen notwendige medizinische Untersuchungen und Behandlungen durchführen können, benötigen wir von Ihnen persönliche und gesundheitsbezogene Informationen. Diese Daten werden elektronisch erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt, soweit sie für die medizinische Diagnostik, die Gesundheitsversorgung und für die Behandlung erforderlich ist.

Zusätzlich benötigen wir Ihre Daten zu Abrechnungszwecken mit Ihrer Krankenkasse bzw. zur Rechnungsstellung für von uns erbrachte Leistungen.

Sollten Sie am Recall-Erinnerungssystem teilnehmen wollen, mit dem Sie an bevorstehende Vorsorgeuntersuchungen aufmerksam gemacht werden, nutzen wir hierzu Ihre personenbezogenen Daten.

Sollte aufgrund der erfolgten Diagnostik und/oder der geplanten Behandlungsmaßnahmen die Korrespondenz mit anderen Ärzten notwendig sein, werden Ihre Daten auch an beteiligte Dritte (z.B. Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser, Fremdlabore) außerhalb der Praxis per Post, E-Mail oder Telefon weitergegeben.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit der Nutzung, Speicherung, und Übermittlung Ihrer personen- und gesundheitsbezogenen Daten einverstanden.

Sie können Ihre unten abgegebene Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ihre personenbezogenen Daten werden dann in unserer Patientendatei gelöscht, soweit sie für die Erfüllung von gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden.

Sie können jederzeit Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten oder deren Löschung verlangen, entweder vor Ort in unserer Praxis, telefonisch oder per E-Mail an folgende Adresse: dr.diensthuber@aol.de (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die beteiligte Praxis meine personen- und gesundheitsbezogenen Daten zum Zwecke der Diagnostik, der Behandlung und der Abrechnung erhebt, verarbeitet und nutzt.

Die beteiligte Praxis darf meine Personen- und Gesundheitsdaten auch an Dritte übermitteln, soweit dies für die Behandlung und Abrechnung erforderlich ist.

Ingolstadt, _____ Unterschrift: _____