

PRAXIS AM UHRTURM
Dr. med. Angelika Pfeiffer
Dr. med. Heike Freese
Fachärztinnen für Allgemeinmedizin
Rettenungsmedizin - Ernährungsmedizin

Am Uhrturm 3
30519 Hannover
Tel.: 0511/833041

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Von Herr/Frau.....

Anschrift.....

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde in der oben genannten Praxis zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

Pflege der Kontaktdaten, Erfüllung des Behandlungsvertrags, Dokumentation von Befund und Behandlung, Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen; Kommunikation mit Laboren oder anderen Institutionen des Gesundheitswesens; Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Labor, Abrechnungsstellen oder den Patientinnen/Patienten.

Zu diesen Zwecken können meine Daten an weiterbehandelnde Ärzte oder Leistungserbringer, Labore, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma, Apotheken, Pflegedienste sowie andere Institute im Gesundheitswesen etc. weitergegeben oder übermittelt werden. Dort werden diese ebenfalls zu den bei den Instituten genannten Zwecken verarbeitet und genutzt.

Im Einzelfall erfolgt eine Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger. Wir übermitteln Ihre Daten nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder sie eingewilligt haben.

Ich willige in die Einsicht in Altunterlagen/Behandlungsdokumentationen ein, soweit sie von Frau Dr. med. Rieger-Mestemacher geführt wurden.

Ich erkläre mich weiterhin einverstanden, dass alle Ärztinnen und Mitarbeiterinnen der Gemeinschaftspraxis betreffende Behandlungsdaten und Befunde einsehen dürfen, sofern es für meine Behandlung zweckmäßig und erforderlich ist.

Des Weiteren stimme ich der Weitergabe meiner Daten an folgende Angehörige und/oder von mir beauftragte Personen zu:

Im Falle einer Änderung meines Einverständnisses zu dieser Weitergabe werde ich die Praxis in Kenntnis setzen.

Mit der Kontaktaufnahme durch die Praxis zur Erinnerung an Impf- und Untersuchungstermine sowie Mitteilung von Befunden erkläre ich mich einverstanden.

Ich bin mit dem Ansprechen, der Nennung und dem Aufrufen meines Namens (gegebenenfalls mit Vornamen) in den Praxisräumen einverstanden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass:

- die im Rahmen der oben genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DSGVO und des BDSG verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern kann, mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/nicht zu Stande kommt und die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, die Benachrichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogene Daten zu verlangen.
- ich jederzeit berechtigt bin, mit Wirkung für die Zukunft, diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist dieser schriftlich zu richten an:

Praxis am Uhrturm
Am Uhrturm 3
30519 Hannover

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen - und falls solche nicht mehr zu beachten sind - mit dem Zugang der Willenserklärung in der Praxis gelöscht.

Den Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

Hannover, den.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift