

Einverständniserklärung zum Datenschutz

Hiermit erkläre ich,

Name _____ Vorname _____

geb. _____

mich einverstanden damit, dass meine persönlichen Daten, soweit für meine medizinische Behandlung notwendig, an folgende Stellen weitergeleitet oder medizinische Befunde an diesen Stellen erfragt werden dürfen:

- Auftragslaboratorien zur Durchführung von labormedizinischen, mikrobiologischen oder histopathologischen Untersuchungen
- Hausarzt/-ärztin und andere Fachärzte/-ärztinnen
- Krankenhäuser, medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Apotheken
- Unternehmen, von denen medizinische Geräte, Medizinprodukte und Arzneimittel in unserer Praxis

Ferner verfüge ich, dass folgende Personen an meiner Stelle Rezepte, Überweisungen, Krankenseinweisungen, Verordnungen und Befunde entgegen nehmen dürfen:

Ich bin damit einverstanden, dass Sie als mein/e Hautarzt/-ärztin mir bzw. folgenden Personen persönlich, telefonisch oder per unverschlüsselter E-Mail/FAX Auskunft über meine Befunde erteilen dürfen:

Die Patienteninformation der Hautarztpraxis Dres. Aßmann, Mang und Kremer zum Datenschutz gemäß der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) der EU habe ich per Aushang in den Praxisräumen bzw. auf der Internetseite www.hautzentrum-wuppertal.de zur Kenntnis genommen.

Ich bin berechtigt, diese Einverständniserklärung gemäß SGB V § 73 Absatz 1b jederzeit zu widerrufen.

Datum

Unterschrift des/der Patienten/Patientin
(bei Minderjährigen der gesetzl. Vertreter)