

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

In unserer Praxis werden für die ärztliche Behandlung/Betreuung von Ihnen allgemeine Daten und Gesundheitsdaten erhoben, verarbeitet und weitergeben. Für die medizinische Behandlung in der Arztpraxis ist dies durch eine gesetzliche Grundlage erlaubt. Weitere Information zur Datenverarbeitung finden Sie im Aushang im Wartezimmer und der Anmeldung.

Einige Vorgänge in der Datenverarbeitung bleiben jedoch von der Gesetzesvorlage unberührt und bedürfen Ihrer **Einwilligung** und sind nachfolgend aufgeführt. Nur bei Ihrer Zustimmung werden diese wirksam.

Telefonische Befundauskunft

- Ich willige ein, dass medizinische Daten von mir an Ehepartner, Angehörige, Betreuer oder Pflegekräfte telefonisch unter Berücksichtigung der Schweigepflicht mitgeteilt werden dürfen.

Datenübermittlung an den Hausarzt/weitere Fachärzte/Kliniken

- Ich willige ein, dass die Praxis Dr. Pankewitz die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meine behandelnden Ärzte oder demnächst behandelnden Ärzte zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung per Fax, Telefon oder Postweg übermitteln darf.

Anforderung von Befunden

- Ich willige ein, dass die Praxis Dr. Pankewitz die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde von meinen behandelnden Ärzten zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung einholen darf.

Rezeptabholung

- Ich willige ein, dass Rezepte für meine Behandlung von Dritten abgeholt werden dürfen. Auf den Rezepten ist neben dem Medikament/Hilfsmittel ggf. auch die Diagnose vermerkt.

Die Einwilligung erfolgt **freiwillig** und kann jederzeit von Ihnen **widerrufen** werden. Ich nehme zur Kenntnis, dass Informationen zur Datenverarbeitung im Wartezimmer und an der Anmeldung aushängen und mir zugänglich sind.

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Soest, _____

(Datum)

(Unterschrift)