

Patientenerklärung zum Datenschutz

Hiermit erteile ich _____, geboren am: _____ folgende Zustimmung:

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, wie auch alle übrigen Inhalte, die mit ihrem Besuch in der Praxis zu tun haben.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde an mit-/weiterbehandelnde Ärzte verschickt werden und auswärtige Voruntersuchungen angefordert werden dürfen.

Insbesondere sollen folgende Ärzte über die Behandlung informiert werden.

Hausarzt (Name, Adresse): _____

Überweisender Arzt: _____

Sonstige Ärzte: _____

Für Papierkopien müssen wir Ihnen leider eine Bearbeitungsgebühr analog GOÄ berechnen.

Hiermit stimmen Sie zu, dass wir ihre Daten für die interne Datenverarbeitung zum Zwecke ihrer Behandlung gespeichert werden.

Dies beinhaltet auch Laboruntersuchungen, die auswärtig durchgeführt werden.

Telefonische Informationen können nur nach Nennung Ihres persönlichen Passworts erfolgen.

Ihr Kennwort lautet:

Wir weisen Sie auf das Recht hin, ihre Daten nach Ablauf der gesetzlichen Dokumentations- und Aufbewahrungsfristen löschen zu lassen. Bei Fragen diesbezüglich wenden Sie sich bitte per E-Mail an unseren Datenschutzbeauftragten.

info@endokrinologie-ulm.de

Datum, Unterschrift des Patienten