

Datenschutzerklärung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

gemäß der Datenschutzgrundverordnung vom 25 Mai 2018 (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie über Speicherung und Verarbeitung Ihrer Daten zu informieren:

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns die Einwilligung:

- Zur Datenübermittlung (Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse) an mit- und Weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser, wenn diese zum Wohle Ihrer Gesundheit Untersuchungsergebnisse benötigen.
Falls es für die Behandlung notwendig ist, geben Sie uns hiermit auch das Einverständnis, dass wir Befunde von anderen mitbehandelten Ärzten und Krankenhäusern anfordern dürfen.
- Laboruntersuchungen mit Ihren Personalien an das Labor Rosenheim zu senden, da viele Untersuchungen nicht in unserer Praxis durchgeführt werden können.

- ✓ Die in der Praxis aushängenden/ausliegenden **Patientenrichtlinien zum Datenschutz** habe ich gelesen und verstanden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit, ganz oder teilweise, für die Zukunft widerrufen kann.

.....
Datum, Ort, Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter

Einverständniserklärung

**zur Aushändigung von Patientenunterlagen gem. § 73 Abs. 1 b SGB V und Art. 7 EU-
DSGVO erkläre**

ich

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

- mich einverstanden, dass mein Arzt mich betreffende Rezepte, Befunde und andere Formulare folgenden Angehörigen/Personen aushändigt:

Person 1:

Name/Vorname:

Person 2:

Name/Vorname:

Person 3:

Name/Vorname:

Ihre Einwilligungserklärung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft abgeändert oder gänzlich widerrufen werden.

Ich habe diese Einverständniserklärung gelesen und verstanden:

.....

Datum, Ort, Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter