

Datenschutz

Um einen reibungslosen Praxisablauf zu gewährleisten, möchten wir Sie bitten die folgenden Fragen der DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) zu beantworten.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Auf Grund der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes ist ein Schriftwechsel per E-Mail nur gegen eine schriftliche Einwilligung möglich.

	ja	nein
Möchten Sie per E-Mail von uns kontaktiert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls ja, hinterlegen Sie gerne Ihre E-Mail-Adresse.

	ja	nein
Wünschen Sie eine Abholberechtigung durch Bekannte/Verwandte falls Sie es mal nicht schaffen um etwas in der Praxis abzuholen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls ja, notieren Sie bitte Name und Geburtsdatum der abholberechtigten Person/en.

	ja	nein
Möchten Sie, dass wir telefonische Auskünfte z.B. über Aufenthalt in der Praxis, medizinische Fragen, Besprechung von Blutwerten oder Befunden usw. gegenüber einem Bekannten/Verwandten geben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls ja, notieren Sie bitte Name und Geburtsdatum sowie eventuelle Einschränkungen oder Ausschlüsse der Auskunft.

Bitte beachten Sie, dass die Kollegen der Praxisgemeinschaft (Dr. med. Natascha Kissling, Dr. med. Julia Kolb und Dr. med. Michael Klug), technisch bedingt, Zugriff auf Ihre Patientenakte haben können und im Vertretungs- bzw. Ausnahmefall Zugriff auf die medizinischen Daten erhalten können.

Das Merkblatt zur Beauftragung von Dienstleistern für Systembetreuung und Wartung wurde mir ausgehändigt und ich habe es sorgfältig durchgelesen.

Die Patienteninformation zum Datenschutz wurde mir ausgehändigt und ich habe es sorgfältig durchgelesen.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Datum

Unterschrift