

Datenschutzerklärung/Schweigepflichtentbindung

Wir sind gemäß DSGVO Abs. 2 lit. H verpflichtet, Sie zu informieren, dass wir Ihre Kontaktdaten, ggf. auch Beruf, Unfall-/Krankheits- und Behandlungsdaten speichern. Ohne diese Speicherung (vergleichbar mit der früher üblichen Karteikarte) ist eine sinnvolle Behandlung und Abrechnung der erbrachten Leistungen nicht möglich.

Eine Weitergabe an die Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und (sofern Ihr Einverständnis vorliegt) an Versicherungen erfolgt nur soweit erforderlich und zweckgebunden.

Die Datenweitergabe an Dritte (z.B. weitere behandelnde Ärzte) erfolgt nur, sofern Sie hierfür Ihr Einverständnis geben.

Zur Absicherung der elektronisch archivierten Daten haben wir geeignete Maßnahmen ergriffen.

Sie haben das Recht, jederzeit Auskunft über- und Einsicht in die bei uns gespeicherten Daten zu erhalten. Auch eine partielle/komplette Löschung ist möglich, sofern dieses nicht die gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen für Dokumente verletzt.

Einwilligung zur Weitergabe/Übermittlung von Unterlagen (Arztbriefen, Befundberichten, Röntgenbilder o.Ä.) (Nicht zutreffendes bitte streichen)

Ich bin mit der Weitergabe/Übermittlung von meinen Patientendaten, Arztbriefen, Befundberichten, Röntgenbildern oder Befunden ärztlichen Inhalts **auf Anfrage Dritter** (Hausarzt, weiterbehandelnder ärztlicher Kollegen, Krankenhaus, Berufsgenossenschaft, Krankenkasse, Physiotherapeuten) oder an mich per Post, Fax oder E-Mail einverstanden.
(Nicht zutreffendes bitte streichen)

Name, Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____

Datum, Unterschrift _____

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen/ärztliche Unterlagen o.ä. im Rahmen meiner Behandlung von folgenden Personen entgegengenommen werden dürfen:

Nachname, Vorname, Geb.-Datum, Beziehung:

Datum, Unterschrift _____

Diese Erlaubnis kann von mir jederzeit widerrufen werden.