

# Datenschutzerklärung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Aufgrund der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, von Patienten eine Einwilligung zur Verarbeitung der patientenbezogenen Daten einzufordern.

Im Rahmen Ihrer Behandlung ist es unter Umständen notwendig, Daten mit ärztlichen Kollegen, Krankenhäusern, Kliniken oder dem öffentlichen Gesundheitsdienst, die in Ihren Behandlungsprozess involviert sind, auszutauschen.

Für alle labormedizinischen Untersuchungen müssen personenbezogene Daten erhoben, verarbeitet, genutzt, gespeichert und übermittelt werden.

Unsere Praxis arbeitet mit dem Labor Dr. Wisplinghof bzw. der privatärztlichen Laborgemeinschaft Köln zusammen.

Informationen zu meiner Krankheit: Gemäß §73(1b) SGB V willige ich ein, dass die Hausarztpraxis Sven Dreesbach Befunde bei weiteren Leistungserbringern (z.B. Fachärzten, o.g. Labor, Krankenhaus, sonstige Leistungserbringer) einholt und bei mir erhobene Befunde an die mitbehandelnden Praxen u./o. Krankenhäuser und sonstige Leistungserbringer (z.B. auch Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkasse, privatärztliche Abrechnungsstellen, Apotheken, Gesundheitsamt) auf deren Wunsch übermittelt.

Datenübermittlung: Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten, Befunde und Arztbriefe elektronisch übermittelt werden dürfen (z.B. per Fax, E-Arztbrief). Ich erkläre mich damit einverstanden, dass bei Bedarf Termine, Terminverschiebungen und aktuelle Informationen über E-Mail und SMS versendet werden dürfen.

Informationsweitergabe an Angehörige:

Ich bin damit einverstanden, dass die Hausarztpraxis Dreesbach Informationen an den/die unten genannten Angehörigen weitergibt. Dies gilt auch für telefonische Anfragen, Rezept-/Überweisung und Befundabholung. Dafür entbinde ich die o.g. Praxis von der ärztl. Schweigepflicht.

Recall

Ich bin damit einverstanden, von der Praxis per Post/E-Mail/SMS bzgl. Anstehender Untersuchungen informiert zu werden.

---

|                      |           |         |
|----------------------|-----------|---------|
| Name des Angehörigen | Anschrift | Telefon |
|----------------------|-----------|---------|

Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Datenverarbeitung bleibt bis zum Zeitpunkt des Widerrufs rechtmäßig.

---

|            |                         |
|------------|-------------------------|
| Ort, Datum | Unterschrift Patient/in |
|------------|-------------------------|