

PATIENTEN-EINWILLIGUNG Datenschutz

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße / Haus Nr.	
PLZ / Ort	
Email Adresse	

Hiermit erkläre ich mich mit der Nutzung meiner personenbezogenen Daten in folgendem Umfang einverstanden (**Zutreffendes bitte ankreuzen**):

- Erhebung meiner Gesundheitsdaten, soweit für die optimale medizinische Versorgung erforderlich
- ggf. für anonymisierte wissenschaftliche Aufarbeitung, z.B. im Rahmen von Doktorarbeiten
- Weitergabe und Abrufen meiner Daten an weitere Praxen / Krankenhäuser oder Gesundheitsorganisationen

Weitergabe an:

- Hausarzt
- Überweisende Praxis
- Krankenkasse
- Angehörige (**bitte namentlich angeben**):

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße / Haus Nr.	
PLZ / Ort	

Folgende Verwendungen meiner Daten sind mir bekannt und ich stimme diesen zu:

- Abrechnung der Leistungen mit der Krankenkasse oder der privaten Verrechnungsstelle.
- Speicherung der medizinischen Daten mindestens bis zur gesetzlichen Aufbewahrungsfrist, oder ggf. einer verlängerten Frist wie bei z.B. für Haftpflichtversicherungen
- Speicherung meiner Daten über die Fristen hinaus, für die gesamte Zeit meiner Behandlung.
- Die Praxis wird Sie aktiv per Email an anstehende Termine und Terminabsagen erinnern.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen in Teilen oder vollständig für die Zukunft widerrufen kann. Es gilt jeweils meine letzte Einwilligungserklärung.

Weitere Informationen über den Datenschutz in unserer Praxis entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung.

Ort: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____