

im Folgenden Praxis genannt.

Datenschutzformular für Patienten

1. Information zum Datenschutz

Ich

Vorname, Name

habe heute
(nur A oder B obligatorisch)

- A** Kenntnis darüber erhalten, dass ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis aushängt. Zu diesem konnte ich Fragen stellen über
- den Umfang und die Art meiner Daten
 - die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
 - die Betroffenenrechte und deren Folgen

und/oder

- B** ein Informationsblatt zum Datenschutz ausgehändigt bekommen.

- C** Kenntnis darüber erhalten, dass ein Informationsblatt zum Datenschutz auf der Website der Praxis zum Download zur Verfügung steht.

3. Einwilligung zur Datenübermittlung/Entbindung von der Schweigepflicht

Ich willige hiermit ein, dass die Praxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde übermitteln darf an

zum Zwecke von (bitte möglichst konkrete Angaben aufführen)

- weiteren Behandlungen Laboruntersuchungen
- _____

Ich entbinde die Praxis von der Schweigepflicht. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

2. Vollmacht zur Anforderung von Behandlungsdaten / Befunden

Ich bevollmächtige hiermit die Praxis, dass sie mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei

zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung anfordern kann.

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

4. Einwilligung zum Erhalt von Praxisinformationen

Ich willige ein, von der Praxis

- Praxismailings
- Informationen und Terminvereinbarungen
- Recalls / Erinnerungen
- _____

per

- SMS _____
- E-Mail _____
- Post _____

geschickt zu bekommen. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.