

		Niels Gehrman & Kollegen Im Fliegerhorst 13 <b>38642 Goslar</b>
	<b>Qualitätsmanagement</b> Dateiname: <b>FBEinverständniserklärung zum Datenschutz</b>	

**Praxis Niels Gehrman**

## Einverständniserklärung zum Datenschutz

Patient(in): \_\_\_\_\_, geb.: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten, die auf meiner elektronischen Gesundheitskarte gespeichert sind, und meine Daten zu Diagnose und Therapie in unserer Praxis gespeichert und verarbeitet werden. Die Information zur Speicherung der personenbezogenen Daten gem. Art. 13 und 14 DSGVO (AA-Q-09.1) habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine ärztlichen Berichte und Befunde, die meine Krankengeschichte betreffen, per EDV oder per Fax an mitbehandelnde Ärzte und/oder mitbehandelnden Krankenhauseinrichtungen übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt Berichte und Befunde von anderen mitbehandelnden Ärzten und/oder mitbehandelnden Krankenhauseinrichtungen anfordern kann, um nahezu lückenlos über meine Krankengeschichte informiert zu sein.

Ich wurde darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Praxis Niels Gehrman über eine gemeinsame Praxissoftware (IsyNet) verfügt und alle im Rahmen der Praxis tätigen Ärzte über den gemeinsamen Server Einsicht in meine Krankenakte haben. Hierfür erteile ich mein ausdrückliches Einverständnis.

Ich bin damit einverstanden, dass sich in Urlaubs- und Krankheitsfällen die Ärzte der entsprechenden Fachgruppen gegenseitig vertreten.

Ich wurde darüber informiert, dass beim Umgang mit meinen Daten die Grundsätze des Datenschutzes (Anonymität, Datensicherung) beachtet werden.

Die Übermittlung meiner Befunde per E-Mail darf nur auf meinen ausdrücklichen persönlichen Wunsch hin erfolgen.

In diesem Fall darf nur folgende **E-Mail-Adresse** genutzt werden, Unbefugte haben keinen Zugang:

\_\_\_\_\_

**Folgende Person berechtige ich zur Abholung von Rezepten, Überweisungen und anderen persönlichen Unterlagen, die meine Krankengeschichte betreffen (Vorlage d. Personalausweises notwendig):**

1. \_\_\_\_\_, geb.: \_\_\_\_\_

		Niels Gehrman & Kollegen Im Fliegerhorst 13 <b>38642 Goslar</b>
	<b>Qualitätsmanagement</b> Dateiname: <b>FBEinverständniserklärung zum Datenschutz</b>	

Ich möchte von der Möglichkeit Gebrauch machen, Rezepte und/oder Überweisungen **online** über die Homepage der Praxis Niels Gehrman vorzubestellen und bin damit einverstanden, dass meine in diesem Zusammenhang benötigten Daten gespeichert und verarbeitet werden (Name/ Vorname/Geburtsdatum/Telefonnummer für Rückfragen/E-Mail-Adresse/Angabe des regelmäßig genutzten Medikaments, für das ich ein Rezept bestellen möchte und Angabe der Fachrichtung für die ich eine FA-Überweisung bestellen möchte) gespeichert und verarbeitet werden.

**Für nicht-deutschsprachige Patienten:** Mein Dolmetscher hat mich über den Inhalt dieser Einverständniserklärung aufgeklärt. Ich habe alles verstanden und bin mit allem einverstanden.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit - ohne Angaben von Gründen - Ihre Einwilligung zu widerrufen.

Von der vorliegenden Einverständniserklärung habe ich eine Kopie erhalten.

.....  
Datum und Unterschrift Patient(in)

.....  
Datum/Unterschrift ggf. Übersetzer/Dolmetscher  
(Funktion, z.B. Tochter/Sohn)