

EINWILLIGUNG

DATENSPEICHERUNG & -VERARBEITUNG

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wohnanschrift

E-Mail

Ich bin damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten, die auf meiner Krankenversichertenkarte (insofern ich eine benötige/besitze) gespeichert sind sowie meine Daten zu Diagnose und Therapie, in der Cardiopraxis gespeichert und verarbeitet werden. Mit der Übermittlung meiner Kontaktdaten an weitere Praxen im Rahmen unseres Terminservices, bei direkter Überweisung an Krankenhäuser und Radiologien bin ich ebenso einverstanden, wie auch mit dem Versenden von Befund auf Anfrage mitbehandelnder Ärzte oder Krankenhäuser. Dem verschlüsselten Versand meiner Unterlagen (z.B. Befunde, Laborwerte, Rezepte, Ein-/Überweisungen, Rechnung usw.) via E-Mail oder anderen webbasierten Diensten stimme ich zu.

Ich bin ferner damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten im Rahmen der Terminvereinbarung durch die Doctolib GmbH (Online-Terminkalender) und im Rahmen des RecallServices unserer Praxis gespeichert und verarbeitet werden. Darüber hinaus stimme ich einer möglichen Kontaktaufnahme über übliche verbreitete Textmessenger zu.

Weiterhin erteile ich meine ausdrückliche Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a sowie Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO zur Übermittlung meines Arztbriefes/ meiner Rechnungen per E-Mail in passwortgeschützter elektronischer Form.

Seite bitte wenden

Mir ist bekannt, dass bei der passwortgeschützten Übermittlung personenbezogener Gesundheitsdaten per E-Mail Restrisiken hinsichtlich der Datensicherheit nicht vollständig ausgeschlossen werden können. Ich wünsche ausdrücklich die Übermittlung auf diesem Weg und erkläre, dass ich die damit verbundenen Restrisiken in Kenntnis der Sachlage in Kauf nehme.

Des weiteren bin ich damit einverstanden, dass folgende Personen meine Rezepte, Befunde, Ein-/Überweisungen etc. abholen können:

1. Person:

Name, Vorname

Geburtsdatum

2. Person:

Name, Vorname

Geburtsdatum

3. Person:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Wir weisen darauf hin, dass Personen, welche hier nicht aufgeführt sind, eine Vollmacht zum Abholen der Dokumente vorzeigen müssen.

Die Patienteninformation zum Datenschutz gemäß Artikel 13 & 14 DSGVO laut Aushang habe ich gelesen.

Datum

Unterschrift