



Datenschutz Einverständniserklärung zur Informationsweitergabe Schweigepflichtsentbindung

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Straße Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>
(Mobil) Telefon	<input type="text"/>
Emailadresse	<input type="text"/>

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter der Lungenpraxis Simmern zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darüber aufgeklärt worden und einverstanden, dass meine medizinischen Daten personenbezogenen und elektronisch gespeichert werden. Zu Abrechnungszwecken werden Daten wie Diagnosen und Abrechnungsziffern an Abrechnungsstellen wie die Kassenärztliche Vereinigung oder die privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) weitergegeben.

In dem seltenen Fall einer Nichtbegleichung einer Rechnung trotz Mahnung, erfolgt die Übermittlung der hierfür erforderlichen Daten an ein Inkassounternehmen.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

Angehöriger 1

Angehöriger 2

Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt einen Bericht erhält.

Mir ist bekannt, dass ich das Einverständnis zur Weitergabe meiner persönlichen und medizinischen Daten jederzeit gesamt oder teilweise widerrufen kann. Hierfür genügt ein formloses Schreiben an die Praxis.

Eine ausführliche Information zum Datenschutz der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen (Aushang im Wartebereich). Dies bestätige ich mit meiner Unterschrift.

Unterschrift Pat. bzw. Betreuer/in

Ich bin damit einverstanden, dass die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Fachärzten und Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, durch die Praxis Gerigk eingeholt werden. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten.

Diese Informationen dürfen nur zum Zwecke der Leistungserbringung verwendet werden.

Unterschrift Pat. bzw. Betreuer/in

Ich bin mit Teilen der Datenschutzerklärung nicht einverstanden bzw. habe Gesprächsbedarf