Hausärztliche Gemeinschaftspraxis

Allgemeinmedizin / Innere Medizin / Kardiologie

Dr. med. Thomas Ehrenberg
Jutta Zillessen

Sankt-Franziskus-Weg 2
53819 Neunkirchen-Seelscheid
Tel.:02247/918484
Fax:02247/ 918443

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

laut EU-DSGVO vom 25.05.2018 benötigen wir Ihre Einwilligung zur Speicherung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Diese Einwilligung ist freiwillig und nicht Voraussetzung für eine Behandlung. Nach dem Prinzip der Datensparsamkeit erheben und verarbeiten wir deshalb nur Daten, die mittelbar oder unmittelbar mit Ihrer Erkrankung und deren Behandlung verbunden sind.

Dies sind zum einen die von Ihnen direkt an uns mitgeteilten Daten wie z.B. Name, Adresse, Geburtsdatum, Krankenkasse etc. sowie die von uns oder von uns Beauftragten (z.B. Labore) ermittelten Daten wie z.B. Befunde, Verordnungen und Laborwerte als auch solche von mitbehandelnden Ärzten, Therapeuten, Krankenhäuser etc. Die Übermittlung an Dritte erfolgt immer nur zweckgebunden für die jeweiligen Untersuchungen und Ergebnisse.

Eine vollständige Aufstellung der erhobenen, verarbeiteten und übermittelten Daten nach Kategorien sowie der beauftragten Dritten erhalten Sie auf einem separaten Formular am Empfang.

Ich willige ein, dass ich auf den von mir bekannt gegebenen oder öffentlich zugänglichen Kommunikationswegen (z.B. Telefon, E-mail) an Termine, Verordnungen, Untersuchungen etc. erinnert werde.	*ja*	*O*	*nein*	*O*
Ich willige ein, dass meine behandlungsrelevanten Befunde im Bedarfsfall an andere Ärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Therapeuten, Pflegedienste weiter geleitet oder von dort angefordert werden dürfen.	*ja*	*O*	*nein*	*O*
Ich willige ein, dass bei privatärztlichen Leistungen sowie bei Igel-Leistungen, meine abrechnungsrelevanten Daten an die zentrale Abrechnungsstelle Arco übermittelt werden.	*ja*	*O*	*nein*	*O*
Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten an die beauftragten Labore (MED Laborunion GmbH, Bioscentia, Labor Enders Stuttgart und evtl. weitere Fremd-Labore), bei L-EKG an: L-EKG-Gemeinschaft Bodensee), übermittelt und bearbeitet werden.	*ja*	*O*	*nein*	*O*
Ich willige ein, dass an von mir bevollmächtigte oder beauftragte Personen, Rezepte, Überweisungen und Verordnungen ausgehändigt werden dürfen. Diese sind vor der Einsichtnahme Dritter zu schützen.	*ja*	*O*	*nein*	*O*

Ich nehme zur Kenntnis, dass für fest vereinbarte Termine, die nicht mind. 24 Stunden vorher abgesagt werden, ein Honorarausfall in Höhe von bis zu 50,00 € in Rechnung gestellt werden kann (bei privaten Gesundheitsuntersuchungen Absage 48 Stunden vorher notwendig, Ausfallgebühr: 100 €). Dies gilt insbesondere dann, wenn der Termin aufgrund der kurzfristigen Absage oder des Nichterscheinens nicht anderweitig vergeben werden konnte.

Name	Vorname	Geb.-Datum

Datum	Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

Diese Einwilligungserklärung kann vom Unterzeichner jederzeit formlos ganz oder teilweise widerrufen werden. Ihm steht ein Recht auf Auskunft sowie vollständige oder teilweise Löschung oder Berichtigung zu. Davon ausgenommen sind Daten, die zum Nachweis der Leistungserbringung oder aus Haftpflichtgründen gespeichert sind.