

 <h1>Ärzteam Sandkrug</h1> <p>Dr. med. Manfred Adelman, Dr. med. Matthias Will, Kay Preuß Dr. med. Caroline von Gaudecker Bahnhofstr. 25, 26209 Hatten-Sandkrug Tel.: 04481/909800</p>	<p align="center">Einverständniserklärung EU Datenschutz 1.1</p>	 <p align="right">Qualität und Entwicklung in Praxen®</p>
---	---	--

Einverständniserklärung in Bezug auf die EU-Datenschutzgrundverordnung

Name: _____ **Geb.-Datum:** _____

Adresse: _____

Telefon: _____ **Mobil:** _____

Email: _____

Krankenkasse: _____

1.Übermittlung/Einholung von Patientendaten

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestandes des Behandlungsverhältnisses mit der

Gemeinschaftspraxis Ärzteam Sandkrug, Bahnhofstr. 25, 26209 Hatten-Sandkrug

diese mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten und sonstigen medizinischen Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und zu diesem Zweck auch an diese Berechtigten übermitteln darf, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.

Mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an externe Auftragnehmer der Praxis (Labor, externe Konsiliarlabore und autorisierte Abrechnungsstellen) bin ich einverstanden.

2.Einwilligung zur Kontaktierung per Email

Ein Arzt, der seinen Patienten E-Mail-Kommunikation anbietet, hat Sicherheitsmaßnahmen nach dem Stand der Technik und der Schutzwürdigkeit der Daten zu treffen. Im Verhältnis Arzt – Patient geht es um Gesundheitsdaten und damit um besondere Arten personenbezogener Daten (Art. 9 DSGVO), die zusätzlich auch nach § 203 StGB einem besonderen rechtlichen Schutzbereich unterliegen.

Ich willige ein, dass die das Ärzteam Sandkrug mich per Mail (datenschutzkonform Ende-zu-Ende-Verschlüsselung) kontaktieren darf.

- Ja
- Nein

<p>erstellt: 09.05.2023, 02.05.2024 NE geprüft und freigegeben:</p>	<p align="right">Einverständniserklärung EU Datenschutz 1.1 Seite 1 von 2</p>
---	--

 <h1>Ärzteam Sandkrug</h1> <p>Dr. med. Manfred Adelman, Dr. med. Matthias Will, Kay Preuß Dr. med. Caroline von Gaudecker Bahnhofstr. 25, 26209 Hatten-Sandkrug Tel.: 04481/909800</p>	<p align="center">Einverständniserklärung EU Datenschutz 1.1</p>	 <p align="right">Qualität und Entwicklung in Praxen®</p>
---	---	--

2. Berechtigung Dritter

Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgenden bekannte Dritte (Eltern, Partner) bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogenen Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen von der Praxis herausgegeben dürfen. Sollte ich mit der Herausgabe von bestimmten personenbezogenen Daten nicht einverstanden sein, habe ich dies im Feld „Einschränkung“ unter der jeweiligen Person einzutragen.

Name, Vornamen, Geb. des Dritten eintragen	Einschränkungen

Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Datum: _____

Unterschrift: _____