ARZTPRAXEN
GÄRTITZ

Einverständniserklärung

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden § Abs. 1b SGB V & Kenntnisnahme der Patienteninformation zum Datenschutz nach der EU-Datenschutzgrundverordnung.

Patientendaten:

Name, Vorname:_____

Geburtsdatum:_____

☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Haus-/Facharzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem anderen Facharzt/Hausarzt/Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen.
Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Haus-/Facharzt weiterzuleiten. Mein Haus-/Facharzt darf diese Informationen nur zu Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

☐ Die ausliegenden Patienteninformation zum Datenschutz habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Rezepte in meine gewünschte Apotheke weiter geleitet werden dürfen.

(Ort),(Datum) (Unterschrift des Patienten)

Informationen gemäß Art. 13 und 14

Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Identität des Verantwortlichen:

1. Verantwortlicher ist der behandelnde Arzt/die behandelnde Arztpraxis (s. Einverständniserklärung Seite 1).
   Datenschutzbeauftragter des Verantwortlichen zu 1

Arztpraxen Gärtitz

Verarbeitungszwecke und Rechtsgrundlagen:

Die Datenverarbeitung erfolgt zum Zweck der Vertragsabwicklung mit der Arztpraxis, nämlich Erstellung der Privatliquidationen, dem Versand und dem Forderungsmanagement sowie der Rechtsverfolgung. Rechtsgrundlage ist die auf der Vorderseite erteilte datenschutzrechtliche Einwilligung bezüglich der ärztlichen Schweigepflicht.

Rechte der betroffenen Person:

Ihnen stehen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen folgende Rechte nach Art. 15 bis 22 DS-GVO zu: Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und der Datenübertragbarkeit. Außerdem steht Ihnen nach Art. 14 Abs. 2c in Verbindung mit Art. 21 DS-GVO ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung zu, die auf Art. 6 Abs. 1f DS-GVO beruht. Sie können Ihre Einwilligung nach Art. 7 Abs. 3 DS-GVO jederzeit widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung bleibt bis zu Ihrem Widerruf erhalten.

Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde:

Sie haben gemäß Art. 77 DS-GVO das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Datenschutzbehörde der Arztpraxis:

Landesbeauftragte für Datenschutz Niedersachsen, Frau Barbara Thiel, Prinzenstr. 5, 30150 Hannover, Tel.: 0511-120 4500, Fax: 0511-120 45599