



Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Liebe Patientinnen und Patienten,

das Datenschutzrecht schreibt uns vor, Ihnen Folgendes mitzuteilen:

Wir weisen darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert werden.

In unserer Gemeinschaftspraxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Zugang zu Ihren Daten und alle haben eine Schweigepflichterklärung unterschrieben.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns Ihre Einwilligung

- zur **Datenübermittlung** (Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse) **an mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser**, wenn diese zum Wohle Ihrer Gesundheit Untersuchungsergebnisse benötigen. Falls es für Ihre Behandlung notwendig ist, geben Sie uns hiermit auch das Einverständnis, dass wir Befunde bei anderen mitbehandelnden Ärzten und Krankenhäuser anfordern dürfen, ggf. direkt mit dem ärztlichen Kollegen telefonisch erörtern dürfen.

Wenn Sie dies **nicht wünschen**, melden Sie dies bitte an unserer Anmeldung.

- **Laboruntersuchungen** mit Ihren Patientendaten an das **Fachlabor Becker&Kollegen, Heinrichstraße 1, 96047 Bamberg**, zu senden, da die meisten Untersuchungen nicht in unserer Praxis durchgeführt werden können.

Wenn Sie dies **nicht wünschen**, melden Sie dies bitte an unserer Anmeldung.

- zur Teilnahme am **Recall-System**, d. h. wir werden Sie ggf. informieren, wann z.B. eine Auffrischungsimpfung, eine spezielle Untersuchung oder Ähnliches ansteht oder Ihnen nach vorheriger Absprache telefonisch Befunde übermitteln.

Wenn Sie dies **nicht wünschen**, melden Sie dies bitte an unserer Anmeldung.

- **Sollten Sie als Patient nicht in die Praxis kommen können** und z.B. ein Rezept, Befunde oder Ähnliches abholen lassen, **benötigen wir eine von Ihnen auserwählte und schriftlich legitimierte Kontaktperson (bitte Vor- und Nachname)**

- **Gibt es eine/mehrere Person/en, denen gegenüber Sie uns von der Schweigepflicht entbinden wollen?**

Nein

Ja, folgende: _____

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Ort, Datum

Unterschrift (Patient)

Erziehungsberechtigte und Betreuer (bitte **alle unterschreiben)**

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift