

DEINE EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUM UMGANG MIT DEINEN PERSONENBEZOGENEN DATEN

Liebe*r Patient*in, dieser Fragebogen wird dir und uns helfen, den Umgang mit und die Weiterleitung von deinen allgemeinen personenbezogenen Daten und deinen Gesundheitsdaten (besondere personenbezogene Daten) entsprechend deinen Wünschen und Vorgaben zu handhaben. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, dein Einverständnis im Umgang mit deinen o.g. Daten einzuholen

Ebenfalls benötigen wir dazu eine Entbindung von der Schweigepflicht. Zur Vereinfachung des Praxisablaufs, haben wir alle bei uns vorkommenden Empfänger und Übermittlungsarten, und weitere datenschutzrechtliche Vorgänge in unserer Praxis in untenstehendem Fragebogen erfasst. Bitte fülle ihn möglichst umgehend aus und gib ihn in der Praxis ab. Gerne kannst du auch eine Kopie des ausgefüllten Bogens bekommen. Du hast jederzeit das Recht, die Erklärung zu ändern oder ganz zurückzunehmen.

Name:.....Vorname:geb. am:.....E-Mail:Tel:

Ich habe die PATIENTENINFORMATION zum Datenschutz der Praxis Mäder gelesen und verstanden und willige in die gesetzlich vorgesehenen Datenverarbeitungen und Übermittlungen sowie der Abrechnungs-Daten an die KVS, HÄVG sowie PVS, PAS o.ä. Dienstleistern (bei privaten Abrechnungen oder IGEL-Leistungen) ein. JA NEIN

Ich **entbinde meinen Arzt Martin Mäder und sein Praxisteam** betreffend meiner Gesundheitsdaten **von der Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass meine sensiblen Daten (und ggf. Laborproben oder technische Befunde, wie z.B. EKG) an** folgenden Personen, Gruppen und Institutionen übermittelt werden dürfen und von diesen eingeholt werden dürfen:

1. Mit der Praxis kooperierende Labore, die meine Laborproben (z.B. Blut) untersuchen JA NEIN
2. ALLEN Ärzten und Psychotherapeuten, die mich aktuell, früher oder in Zukunft mitbehandeln JA NEIN
3. ALLEN Apparatgemeinschaften, Apotheken, u.ä. die meine Gesundheitsdaten bearbeiten JA NEIN
4. ALLEN Institutionen, ob staatlich oder privat, von denen ich etwas erhalten will (z. B. Geld, Rente, Versicherungsleistungen (auch BG), Kuren, Reha, Bescheinigungen, Behindertengrad, etc.) JA NEIN
5. FOLGENDEN ANGEHÖRIGEN: (z.B. Ehe- u. Lebenspartner, Kinder, Eltern, etc., bitte trage hier deine Angehörigen oder Freunde ein, denen du besonders vertraust und die sich im Notfall kümmern) JA NEIN

a) Name:.....Vorname:Geburtsdatum:

b) Name:.....Vorname:Geburtsdatum:

c) Ggf. weitere Personen:

Ich genehmige Martin Mäder und seinem Praxisteam, die erforderlichen **Daten**, die die o.g. **Ärzte**, Personen, Gruppen, Institutionen und/oder ich selbst erhalten sollen, **über folgende Wege zu übermitteln:**

1. Mündlich, per Post, per direkter Übergabe der Daten (händisch) JA NEIN
2. Über das Selbstabholer Board (SB) im Eingangsbereich (im verschlossenen Umschlag mit Namen) JA NEIN
3. telefonisch (Telekom/VOIP, Mobilfunk), auch auf Mailbox /Anrufbeantworter JA NEIN
4. per Datenfernübertragung DFÜ (z.B. Labordaten, über Telekom) JA NEIN
5. durch sichere (getunnelte) Verbindungen im Internet (z.B. LZ-EKG, KV-Safenet) JA NEIN
6. Per Fax (über Telekom) oder SMS JA NEIN
7. per Email, (über Internet, ungesichert, ungetunnelt, unverschlüsselt) JA NEIN
8. über Messengerdienste, verschlüsselt (wie z.B. Telegramm, WhatsApp) JA NEIN

Desweiteren bin ich einverstanden damit, dass:

1. ich **mit meinem Namen** (anstelle der Patientenummer) **aufgerufen und angesprochen werde**, auch wenn andere Patienten meinen Namen dabei mitbekommen. JA NEIN
2. meine **Daten über den Zeitraum von 10 Jahren hinaus aufbewahrt** werden. JA NEIN
3. mich die **Praxis telefonisch oder per SMS/Email/Fax** im Falle von Terminabsagen oder- Erinnerungen und anderen für mich relevanten/wichtigen Angelegenheiten kontaktiert. JA NEIN

Königsbrück, den Unterschrift:(Vor- und Zuname)