

Internuk Panschwitz	Formblatt			
	Einverständniserklärung			
	DokNr: PFB013	Version 05	Gültig ab 06.04.2022	Seite 1 von 1

Hiermit erkläre ich, _____
Name, Vorname Geburtsdatum

Email-Adresse.: _____ **Tel.-Nr** _____

mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten gem. § 3 BDSG erhoben und verwendet werden. Die Nutzung der Daten bezieht sich auf die Weitergabe an Gerätehersteller bei techn. Problemen, die Ärztlichen Stellen der Ärztekammer Sachsen, an die private Abrechnungsstelle, einschl. der privaten Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen.

In der Praxis liegt ein Informationsblatt zum Datenschutz aus, welches ich einsehen konnte. Ich bin damit einverstanden, dass Befunde und/oder Bilder von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zusätzlich zum überweisenden Arzt folgendem mit- und weiterbehandelnden Arzt Auskunft bzgl. meiner Daten und Untersuchungsergebnisse geben dürfen:

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V § 73 Absatz 1 b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Ich willige der elektronischen Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften der nationalen Datenschutzgesetze, sowie der Datenschutz-Grundverordnung ein.

Die Patienteninformation zur Datenschutz-Grundverordnung liegt in der Praxis aus und kann von mir eingesehen werden.

Datum / Unterschrift

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Empfehlung Hausarzt/Überweiser |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung Freunde/Bekannte | <input type="checkbox"/> andere _____ |