

Name, Vorname

Geburtsdatum

Mit nachfolgenden Punkten erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden:



**Die Praxis darf meine Daten von anderen Behandelnden einholen.**

Die Hausarztpraxis am Peperhof darf mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde aus Vorbehandlungen bei allen anderen Ärzt:innen/Therapeut:innen und anderen Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung anfordern und elektronisch speichern.



**Meine Daten dürfen von der Praxis elektronisch verarbeitet werden.**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten intern allen Mitarbeitern:innen der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist und dass meine Daten sofern notwendig elektronisch gespeichert und verarbeitet werden.



**Die Praxis darf meine Daten mit anderen Behandelnden und Laboren teilen.**

Die Hausarztpraxis am Peperhof darf meine Behandlungsdaten und Befunde an alle mich behandelnden weiteren Ärzt:innen und andere Leistungserbringer (Labore, Physiotherapeuten, etc.) zum Zwecke der Weiter-/ Mitbehandlung übermitteln.



**Ich bin zum Datenschutz informiert worden.**

Mir ist die „PatientenInformation zum Datenschutz“ ausgehändigt worden, zu welcher ich auch Rückfragen stellen konnte.



**Die Praxis darf mich kontaktieren.**

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Auch für die Information zum Anstehen von Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen, sowie fällige Impfungen oder anderen anstehenden Untersuchungen darf ich per Mail oder telefonisch erinnert werden.



**Die Praxis darf mich mit Namen ansprechen.**

Ich stimme zu, dass ich in den Räumlichkeiten der Hausarztpraxis am Peperhof mit meinem vollen Namen angesprochen werde, auch vor anderen Patienten:innen - zum Beispiel im Wartezimmer.



**Die Praxis darf Rezepte und Überweisungen an Dienstleister geben.**

Ich stimme zu, dass die Hausarztpraxis auf meine Anforderung hin mich betreffende Rezepte oder Überweisungen an die von mir gewählten Dienstleister (Apotheke, Physiotherapeut:in, Facharzt:innen) weitergeben darf.



**Die Praxis darf folgenden Personen Auskunft über meine Gesundheit geben:**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Informationen und medizinisch relevante Befunde Behandlungsplanung, etc. auch mit Angehörigen oder mir nahestehenden Personen besprochen werden. Dies gilt auch für telefonische Anfragen, sofern der Anrufer:in eindeutig zu identifizieren ist. Die Daten dieser Personen werden ebenfalls gemäß ausgehändigtem „Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis“ gespeichert und verarbeitet. Ich bin verpflichtet diese Personen darüber selbstständig in Kenntnis zu setzen.

Name des/der Auskunftsberechtigten

Tel.-Nr.

Geburtsdatum

1.

2.



**Die Praxis darf folgenden Personen Rezepte und Überweisungen von mir aushändigen:**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass folgende Personen Rezepte und Überweisungen in meinem Auftrag abholen dürfen.

Name des/der Abholberechtigten

Tel.-Nr.

Geburtsdatum

1.

2.



**Die Praxis darf meine Daten zu Abrechnungszwecken weitergeben.**

Sofern ich Privatleistungen in Anspruch nehme oder nicht gesetzlich versichert bin erkläre ich mich mit der Weitergabe von Adress- und Gesundheitsdaten an Abrechnungsdienstleister einverstanden, sofern diese Daten für die Abrechnung notwendig sind.

Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift