

Patient (Name, Vorname):	Geburtsdatum:
Hausarzt (Name und Ort):	Ihre Telefonnummer:
Ihre Emailadresse:	

Information & Einwilligung in die Verarbeitung von Patientendaten

Im Rahmen Ihrer Heilbehandlung verarbeiten wir Patientendaten, die erforderlich sind, um Ihren Behandlungsvertrag (§ 630a BGB) ordnungsgemäß erfüllen zu können. Dies schließt die nach Art. 9 Abs. 2 h, Abs. 3 DSGVO i. V. m. § 22 BDSG, § 203 StGB gestattete Weitergabe von Daten an vor-, mit- und weiterbehandelnde Ärzte (z. B. Labor und Diagnostiker) oder andere medizinische Leistungserbringer ein, die wir ggf. für Sie im Rahmen der Heilbehandlung beauftragen müssen.

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten, Rechtsgrundlagen und Ihre Rechte als Betroffene/r können Sie dem Merkblatt „Patienteninformation zum Datenschutz“ entnehmen, auf das wir Sie hiermit hingewiesen haben. Es kann als Aushang neben der Garderobe eingesehen werden.

Haben Sie weitere Fragen zum Datenschutz oder zur erforderlichen Weitergabe an andere Ärzte und Dritte oder zu Widerspruchsmöglichkeiten, dann zögern Sie bitte nicht, uns anzusprechen!

Einige Datenverarbeitungen dürfen wir jedoch nicht ohne eine ausdrückliche, freiwillige und jederzeit widerrufliche Einwilligung vornehmen. Dazu erklären Sie sich **hiermit ausdrücklich einverstanden**, dass wir

- Sie im Rahmen des Praxisablaufes mit Namen ansprechen dürfen (z. B. Zur Begrüßung oder beim Aufrufen aus dem Wartezimmer),
- Behandlungsdaten und Befunde bei anderen, vorbehandelnden Ärzten oder medizinischen Leistungserbringern anfordern dürfen, soweit diese Sie betreffen und zum Zweck der Behandlung oder Dokumentation benötigt werden,
- mit Ihren nächsten Angehörigen (Ehegatten, Kinder, Enkelkinder) im Rahmen von Diagnose und Heilbehandlung über Ihren Gesundheitszustand und Therapie (auch telefonisch) sprechen und Unterlagen (Rezepte, Pläne, Überweisungen etc.) aushändigen dürfen,
- Rezepte und medizinische Informationen und Unterlagen auch direkt an eine Apotheke bzw. Ihren nachbehandelnden Arzt weiterleiten dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich die hiermit erteilte Einwilligung und die damit verbundene Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, widerrufen kann.

Lippstadt, _____
Ort, Datum

Unterschrift

Information & Einwilligung zur elektronischen Kontaktaufnahme per E-Mail, Telefon/Fax oder sonstigen Messengerdiensten

Wir bieten Ihnen einen besonderen Service zur Erinnerung an mit uns vereinbarte Termine an. Dafür möchten wir Sie gern per Telefon, SMS, E-Mail oder ggf. sonstigen Messengerdiensten über Ihre Praxistermine informieren. Auf diese Weise können wir Sie schneller, unkomplizierter und auf einem modernen, papierlosen Weg kontaktieren. Medizinische Informationen, die einen unmittelbaren Zusammenhang mit Ihrer Gesundheit haben, oder Werbeangebote werden wir nicht an Sie senden. Bitte beachten Sie jedoch, dass aufgrund der übermittelten Daten, etwa über die Mitteilung des Eintreffens von Laboruntersuchungen, mittelbar Rückschlüsse auf Ihren Gesundheitszustand möglich sein könnten, etwa dahingehend, dass Sie überhaupt einen Arzt aufgesucht haben. Dieser Service ist für Sie **kostenfrei**. Zuvor müssten Sie uns bitte Ihre Zustimmung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer persönlichen Daten, insbesondere Ihrer E-Mail-Adresse, Ihrer Telefonnummer, sowie zum Erhalt von E-Mails und sonstigen elektronischen oder telefonischen Mitteilungen aus unserer Praxis für den oben angegebenen Umfang und Zweck geben. Rechtsgrundlage für eine Datenverarbeitung ist Ihre Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO. Ohne diese – jederzeit widerrufbare – Einwilligung wird eine Kontaktaufnahme wie vorstehend beschrieben nicht erfolgen. Wir verweisen darüber hinaus auf die Datenschutzerklärung der Praxis.

Einwilligungserklärung:

Ich bin Patient/in dieser Arztpraxis. Ich willige hiermit ausdrücklich ein, dass die Arztpraxis künftig befugt ist, meine vorgenannten persönlichen Daten zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und in dem vorbeschriebenen Umfang auch zu nutzen, insbesondere mir an meine E-Mail-Adresse ohne weitere Sicherungsmaßnahmen (Verschlüsselung) E-Mails über anstehende Termine und Folgetermine sowie Erinnerungen über fällige Gesundheitsuntersuchungen oder Vorsorgeuntersuchungen zu übermitteln. Ich stimme daher hiermit insbesondere auch ausdrücklich der unverschlüsselten Übermittlung von besonderen personenbezogenen Daten (Art. 4 Nr. 15, 9 DSGVO, Gesundheitsdaten) per E-Mail oder auf sonstigen elektronischen Übermittlungswegen für die oben genannten Zwecke durch die Arztpraxis zu.

Diese Einwilligung gilt so lange, bis ich der künftigen Nutzung meiner vorgenannten persönlichen Daten widerspreche oder meine Einwilligung zu dieser Verfahrensweise widerrufe. Mir ist bewusst, dass im Falle eines solchen Widerspruchs bzw. Widerrufs künftig die Arztpraxis mir keine elektronischen Nachrichten in dem vorbeschriebenen Umfang mehr zukommen lassen wird.

Die Arztpraxis weist darauf hin, dass die schnelle und unkomplizierte Kommunikation über E-Mail mit einem Verlust an Vertraulichkeit und Sicherheit verbunden sein kann. Daher wird geraten, die Zugangsdaten zu meinem E-Mail-Postfach vertraulich zu halten, um unbefugten Dritten keinen Zugriff auf eingehende E-Mails der Arztpraxis zu ermöglichen.

Lippstadt, _____

Ort, Datum

Unterschrift