

DATENSCHUTZ - EINWILLIGUNG



Dr. Bals und Sund
Neuropsychiatrische Praxis

Ich willige ein, dass die Gemeinschaftspraxis Dr. Bals & Sund Personen (z. B. Ehepartner/Lebenspartner) Auskunft über meine gespeicherten Daten geben darf (Schweigepflichtsentbindung).

Ja Nein

Ich willige ein, dass nachfolgende Personen (z.B. Angehörige) nach vorheriger Absprache mit den Mitarbeitern der Gemeinschaftspraxis Dr. Bals & Sund für mich Befunde, Rezepte oder andere Schriftstücke nach Vorlage eines amtlichen Identitätsnachweises entgegennehmen können.

Ja Nein

Ich willige ein, dass die Gemeinschaftspraxis Dr. Bals & Sund auf Anforderung folgender Ärzte/Therapeuten/-Krankenhäuser Auskunft über meine gespeicherten Gesundheitsdaten geben darf:

- allen mitbehandelnden Ärzten/Therapeuten/Krankenhäusern
- Hausarzt: (Name und Anschrift des HA)
- nur folgende Ärzte: (Namen)
- Es sollen keine Auskünfte an andere Ärzte/Therapeuten/Krankenhäuser gegeben werden!

Ich willige ein, dass mir die Gemeinschaftspraxis Dr. Bals & Sund per E-Mail/Fax antwortet, falls ich darum ersuche.

Ja Nein

Sollten Sie uns bitten, Ihnen Befunde/Briefe/etc. per Fax oder E-Mail zuzusenden, weisen wir Sie ausdrücklich darauf hin, dass es sich hierbei um unsichere Übertragungswege handelt und ggf. Dritte Kenntnis Ihrer medizinischen Daten erlangen können, da der Versand nur unverschlüsselt möglich ist. Auch wenn wir bemüht sind, Ihre E-Mailadresse/Faxnummer exakt wiederzugeben, kann durch nie auszuschließende Schreibfehler der Befund an eine falsche Adresse gelangen. Eine Haftung für einfache Schreibfehler können wir nicht übernehmen. Ein Zugriff auf Ihre Daten durch auf Ihrem PC befindliche Viren und andere Schadprogramme, sowie unbeabsichtigte Weiterleitung Ihrerseits, können durch uns nicht beeinflusst werden. Unaufgefordert werden wir diese Kommunikationswege daher nicht benutzen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Hannover, den

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen >13J. Eltern und Kind)