

2.4-FB2 – Datenschutzerklärung zur Abfrage und Übermittlung von personenbezogenen Daten

Lieber Patient,

im Rahmen Ihrer Behandlung kann es notwendig sein, dass wir Ihre Daten an Dritte (z.B. Ärzte, Krankenhäuser, Notfallkontakte) weitergeben oder anfordern müssen. Dies kann alle personenbezogenen Informationen, welche wir im Rahmen der medizinischen Behandlung erfasst haben oder welche Sie uns mitgeteilt haben (z.B. Adressdaten und medizinische Befunde) umfassen.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Gemäß der neuen Datenschutz Grundverordnung benötigen wir für die Übermittlung von Daten (z.B. Brief an den Hausarzt) oder das Anfordern von Daten (z.B. Krankenhausbefunde) eine ausdrückliche Einwilligung von Ihnen. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Eine ausführliche Information zum Thema Datenschutz Grundverordnung (DSGVO) finden Sie als Aushang im Wartezimmer.

Name:

Vorname:

Geb. am:

Bitte Zutreffendes ankreuzen! Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.
Selbstverständlich steht es Ihnen frei die Einverständnis mit „Nein“ abzulehnen.

Ja

Nein

Ich bin damit einverstanden, dass mir Nachrichten auf meinem **Anrufbeantworter / Mailbox** hinterlassen werden dürfen, bzw. Befunde per **Fax** an meine angegebene Faxnummer gesendet werden dürfen.

Ja

Nein

Ich bin mit der Abfrage und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an eine **Person meines Vertrauens / Notfallkontakt** einverstanden (z.B. Befundabfragen, Terminvereinbarungen, Formulare abholen)

Name der Person meines Vertrauens / Notfallkontakt, Telefon

Ja

Nein

Ich bin mit der Abfrage und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an meinen **Hausarzt** einverstanden.

Name, Fachrichtung, Adresse, Telefon

Ja

Nein

Ich wünsche, dass ohne meine gesonderte Aufforderung bei bestimmten Laboruntersuchungen oder amb. Eingriffen/Operationen ein Arztbrief an meinen Hausarzt gesendet wird. (max. 1xpro Quartal)

Ja

Nein

Ich bin mit der Abfrage und Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an folgende Institutionen einverstanden (z.B. weitere Fachärzte, Krankenhäuser, häusl. Pflege, Apotheken, Physiotherapeuten, ...):

Name, Fachrichtung, Adresse, Telefon

Name, Fachrichtung, Adresse, Telefon

Name, Fachrichtung, Adresse, Telefon

Datum:

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter