

Datenschutzerklärung

Liebe Patientinnen und Patienten,

das Datenschutzrecht schreibt uns vor, Ihnen Folgendes mitzuteilen:

Wir weisen darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert werden.

ggf:

In meiner Praxis haben alle Mitarbeiter/innen Zugang zu Ihren Daten, alle haben eine Schweigepflichterklärung unterschrieben.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns die Einwilligung ...

1. zur Datenübermittlung zu Abrechnungszwecken an die entsprechende Krankenkasse. (Wenn Sie dies nicht wünschen, melden Sie dies bitte an unserer Anmeldung.)
2. zur Datenübermittlung (z.B.Untersuchungsergebnisse) an mit- und weiterbehandelnde Therapeuten oder Ärzte, wenn diese zum Wohle Ihrer Gesundheit Untersuchungsergebnisse benötigen. Falls es für Ihre Behandlung notwendig ist, geben Sie uns hiermit auch das Einverständnis, dass wir Befunde bei anderen Heilpraktikern und Therapeuten anfordern dürfen. (Wenn Sie dies nicht wünschen, melden Sie dies bitte an unserer Anmeldung.)
3. Laboruntersuchungen mit Ihren Personalien an das Fachlabor _____ zu senden, da viele Untersuchungen nicht in unserer Praxis durchgeführt werden können. (Wenn Sie dies nicht wünschen, melden Sie dies bitte an unserer Anmeldung.)

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Ort, Datum

Unterschrift

Praxisstempel & Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift