

Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung personenbezogener Daten

Ich, _____ (Name Patient/in), erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Rolf-Peter Strobel meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. In der Praxis liegt ein Informationsblatt zum Datenschutz aus, welches ich gelesen habe und zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Herstellung von Zahnersatz oder Reparaturmaßnahmen in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung erforderlich sind.

- soweit es erforderlich wird, meine persönlichen Daten an die Auftragsverarbeiter der Praxis Dr. Strobel weitergegeben werden. Die Liste der Partner (Auftragsverarbeiter) kann in der Praxis Dr. Strobel eingesehen werden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit der Vorsorgeerinnerung (Recall), Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Freiburg, den _____

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters