Hausarztpraxis
Sara Matern
Fachärztin für Innere Medizin

Joachimstraße 1, 12555 Berlin
Tel.: 030 28 62 34 96
Fax: 030 28 62 34 97
E-Mail: info@hausarztpraxis-matern.de

Matern
HAUSARZTPRAXIS

Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6 Abs. 1 lit.A, Art. 7 DSGVO

Name, Vorname, Geburtsdatum

Ich stimme hiermit der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KV Berlin oder externen anderen Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (Labor, etc.) durch die oben genannte Praxis zu.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis von der Schweigepflicht entbunden wird und Auskünfte an mitbehandelnde Fachärzte und Krankenhausabteilungen, Pflegedienste sowie weitere medizinische Leistungserbringer wie Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Podologen und Logopäden erteilt, sofern der Austausch dieser Informationen für den Betreuungsprozess notwendig erscheint.

Darüber hinaus können Daten im Rahmen der gesetzlichen Auskunfts- und Meldepflichten an die Krankenkasse, den medizinischen Dienst der Krankenkassen und das Gesundheitsamt (z.B. Meldepflichten im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes) weitergeleitet werden.

An folgende Personen dürfen darüber hinaus Auskünfte erteilt werden:

Name, Vorname, Telefon

Hausarztpraxis
Sara Matern
Fachärztin für Innere Medizin

Joachimstraße 1, 12555 Berlin
Tel.: 030 28 62 34 96
Fax: 030 28 62 34 97
E-Mail: info@hausarztpraxis-matern.de

Matern
HAUSARZTPRAXIS

Von mir bestellte Unterlagen wie z.B. Rezepte oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen dürfen an folgende Personen oder Institutionen (z.B. Apotheke, Pflegedienst, Pflegeheim) abgegeben bzw. versandt werden:

Name, Vorname bzw. Institution

Ich bin damit einverstanden, dass ich namentlich aus dem Wartezimmer aufgerufen werde.

Meine patientenbezogenen Daten verbleiben in meiner Patientenakte und werden möglicherweise länger als 10 Jahre aufbewahrt.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art.7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum, Unterschrift