

Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

GEM. ART. 13 DSGVO

Ich bin damit einverstanden,
dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten von allen
mitbehandelnden Ärzten der Praxis eingesehen werden können und / oder an extern
mitbehandelnde Ärzte/ Labore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen
mit behandelnden Ärzten/Laboren eingeholt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden,
dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore
ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.
Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person
gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten
bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche
Regelungen dagegenstehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder
teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

An folgende Angehörige/Personen dürfen, nach Feststellung der Identität, Behandlungsdaten
weitergegeben werden:

Name / Adresse / Telefon:

1. _____

2. _____

3. _____

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Praxis Dr. med. Dominique Zeuß
Augustinerstraße 8, 54576 Hillesheim
Dr. med. Katja Eggeling
Tatiana Markus