



Datenschutzerklärung

Liebe Patientinnen, liebe Patienten

Das Datenschutzgesetz schreibt uns vor, Ihnen Folgendes mitzuteilen:

Wir weisen darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben elektronisch gespeichert werden. Hiermit erkennen Sie ausdrücklich an, dass in unserer Gemeinschaftspraxis alle ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter/innen Zugang zu Ihren Daten haben. Alle unsere ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter/innen haben eine Schweigepflichtbindung unterschrieben.

Zur Weitergabe meiner Daten erkläre ich Folgendes:

Bei Einwilligung :

- Hiermit **willige ich** in die Übermittlung aller Beratungsinhalte und aller erhobenen Befunde die in unserer Praxis erhoben wurden, an meinen Hausarzt oder überweisenden Arzt, für jetzt und in Zukunft **ein**. Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit diese Einwilligung widerrufen kann.
- Ich **willige ein**, meine Laboruntersuchungsmaterialien mit meinen Personalien an das jeweils entsprechende **Fachlabor** zu senden und mir entnommenes Gewebe an das entsprechende **histologische Institut** zu senden, da diese Untersuchungen nicht in unserer Praxis vorgenommen werden.

Nur bei Ablehnung: Ich erteile den Ärzten der Gemeinschaftspraxis LaSar **keine generelle Genehmigung** zur Weiterleitung von Beratungsinhalten oder Befunden an meinen Hausarzt / überweisenden Arzt. Im Falle von wichtigen Befunden werde ich gegebenenfalls meine schriftliche Einwilligung für diesen Sonderfall erteilen.

Weiterhin bin ich damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen/ mitbehandelnde Ärzte weitergegeben werden, nachdem ihre Identität festgestellt wurde, und Überweisungen oder Rezepte oder sonstige schriftliche Befunde durch von mir beauftragte Personen abgeholt werden dürfen.

Vorname und Nachname der Vertrauensperson: _____

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: _____

Geb.-Datum: _____ PLZ/Wohnort: _____

Straße: _____

Ort, Datum: _____ **Unterschrift Patient:** _____