

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Waren Sie wegen einer Erkrankung länger als drei Monate bei einem Spezialisten in Behandlung?

\_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen oder in Ihrer Familie ernsthafte Erkrankungen bekannt?

\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

\_\_\_\_\_

Leiden Sie an Allergien?

\_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Impfausweis? J / N

Haben Sie eine Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung / Patientenverfügung erteilt? J / N

## Einverständniserklärung Datenschutz

(gemäß Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz)

Ihre Behandlung erfordert die Erhebung, Verarbeitung und Speicherung personenbezogener und sensibler Daten. Mit diesen Daten gehen wir selbstverständlich sehr verantwortungsbewusst um und halten die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen (Bundesdatenschutzgesetz BDSG—neu sowie die europäische Verordnung EU-DSGVO) ein. Die gesetzlichen Bestimmungen liegen in der Praxis aus und werden auf Wunsch ausgehändigt.

**Die gesetzlichen Bestimmungen erfordern Ihre gesonderte Zustimmung zu verschiedenen Punkten, die Sie jederzeit widerrufen können:**

Ich erkläre mich einverstanden, dass:

1.

Die für die Behandlung erforderlichen Daten in unserer Praxissoftware erhoben, verarbeitet und gespeichert werden. Eine Sicherung der Daten gegen unerlaubten fremden Zugriff wird nach dem aktuellen Stand der Technik gewährleistet.

2.

Die Nutzung der für die Behandlung notwendigen Daten ist allen in dieser Praxis derzeit und künftig tätigen Personen erlaubt.

3.

Ein Informationsaustausch mit anderen Ärzten, Therapeuten, Krankenkassen, Versicherungen, Abrechnungsstellen oder Behörden ist, sofern es um Abrechnung, Behandlung oder Begutachtung geht erlaubt.

4.

Mit Ihrer Unterschrift erlauben Sie uns widerruflich die Kontaktaufnahme mit Ihnen.

**IHRE UNTERSCHRIFT GENEHMIGT DEN GESAMTEN INHALT DIESER VEREINBARUNG**

Unterschrift: \_\_\_\_\_

