**Hausarztpraxis**

**Dr. med. Lars Peters, Jacqueline Kallmeyer, Kirelsi Gurak, Vanessa Tessmer**

**Datenschutzerklärung**

 **Name des Patienten:**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für Behandlung, Diagnostik, Therapie und Abrechnung gespeichert werden.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das kooperierende Labor übermittelt werden.

 Wir sind gemäß DSGVO verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchen Zwecken unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Verarbeitung der personenbezogenen Daten unserer Patienten

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zweck** | **Rechtsgrundlage** | **Kategorien und Empfänger** |
| Diagnostik, Behandlung,Therapie, Abrechung | Behandlungsvertrag Musterberufsordung für Ärzte Sozialgesetzbuch V DSGVO Art. 6 DSGVO Art. 9 | Behandelnde Ärzte, Praxispersonal, Buchhaltung, Krankenversicherung, Rentenversicherung, Gesundheitsbehörden, Versorgungsbehörden, Apotheken,Berufsgenossenschaften,Kassenärztliche Vereinigung, Dienstleister für Privatabrechnung |

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

* Ich bin damit einverstanden, dass mir meine Befunde auf mein Verlangen hin

**per e-mail** übermittelt werden.

* Ich bin damit einverstanden, dass mir meine Befunde auf mein Verlangen hin **postalisch** zu gesandt werden.
* Ich bin damit einverstanden, dass mir Ergebnisse auf mein Verlangen hin und nach Feststellung von Namen und Geburtsdatum auch **telefonisch** mitgeteilt werden dürfen.

An folgende Angehörige / Personen dürfen nachdem deren Identität festgestellt wurde und bei Vorlage der Schweigepflichtsentbindung, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.

Tel-Nr.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift