



Hausarztzentrum
Bornheim

Patienteneinwilligung zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie informiert, wie mit Ihren Gesundheitsdaten in unserer Praxis verfahren wird. Um eine umfassende Behandlung gewährleisten zu können ist eine Speicherung, Weiterverarbeitung, Archivierung Ihrer Gesundheitsdaten erforderlich. Weiterhin kann die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Dritte, wie z.B. andere Fachärzte, Labore, nichtärztliche Therapeuten, Kassenärztliche Vereinigung, ggf. private Abrechnungsdienste, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen notwendig werden. Ich akzeptiere, dass die Berufsausübungsgemeinschaft Dr. med. Christoph Schulze, Dr. med. Anne Becker und Kollegen, Bonn-Brühler-Str. 40 und Dahlienstr. 14, 53332 Bornheim mich in ihr Patienteninformations- und Recallsystem aufnimmt und ich per EMAIL, Post und Telefon kontaktiert werden darf. Bitte nicht zutreffendes streichen!

EINWILLIGUNG

Hiermit willige ich,

Name: _____

Geburtsdatum: _____

ein, dass ich die „Patienteninformation zum Datenschutz“ gelesen und verstanden habe sowie dass ich mit der Weiterverarbeitung, Archivierung und unter Umständen Weitergabe meiner Gesundheitsdaten unter Einhaltung der „Ärztlichen Schweigepflicht“ einverstanden bin .

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Bornheim, den _____

Datum

Unterschrift