

Dr. med. Susanne Höger

Fachärztin für Allgemeinmedizin
Palliativmedizin
Reisemedizin (CRM)/Gelbfieberimpfstelle

Jürgen Franke

Facharzt für Allgemeinmedizin
Taucherarzt (GTÜM)

Malika Albasha

Fachärztin für Allgemeinmedizin



ärztegemeinschaft
rundum gut versorgt

D-86641 Rain am Lech, Hauptstraße 46a
Tel. 09090-9597790 Fax: 09090-95977979
Email: aerztegemeinschaft@aerzte-rain.de

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund einer medizinisch notwendigen Maßnahme. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnese, Diagnose, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben.

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann keine sorgfältige Behandlung erfolgen.

EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Auch wenn für die u. g. Dritten, für die heutige Behandlung keine aktuelle Indikation besteht, hätten wir gerne Ihre Einwilligung für die Zukunft eingeholt.

!!! HIER BITTE ANKREUZEN, OB SIE EINWILLIGEN:

| | |
|----------------------|--|
| -Haus- und Fachärzte | Ja: <input type="radio"/> Nein: <input type="radio"/> |
| -Physiotherapie | Ja: <input type="radio"/> Nein: <input type="radio"/> |
| -Psychotherapie | Ja: <input type="radio"/> Nein: <input type="radio"/> |
| -Altenpflegeheime | Ja: <input type="radio"/> Nein: <input type="radio"/> |
| -Apotheken | Ja: <input type="radio"/> Nein: <input type="radio"/> |
| -Orthopädietechniker | Ja: <input type="radio"/> Nein: <input type="radio"/> |
| -Krankenhäuser | Ja: <input type="radio"/> Nein: <input type="radio"/> |

Wir übermitteln per Post, Mail oder Fax. Dass ein gewisses Restrisiko bei der Datenübermittlung per Mail/Fax besteht ist mir bekannt.

Ich stimme dem Übermittlungsweg per Mail/Fax trotzdem zu: **Ja: Nein:**

Bitte Rückseite beachten!



IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Bis auf Widerruf gilt diese Zustimmung auch für weitere Behandlungen.

Rain, _____
Ort , Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreters