

Name:

Geburtsdatum:

Einwilligungserklärung

Ich habe die Information zum Datenschutz durch den Aushang in der Praxis Dr de Liz zur Kenntnis genommen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten der Praxis Dr de Liz zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

Zur Quartalsabrechnung, zum Einsatz und zur Nutzung der Praxisverwaltung, zur Dokumentation und eventuellen nötigen Weiterbehandlung sowie Befundanforderung oder Erweiterung bei anderen Fachärzten oder Kliniken oder Labore, zum Terminmanagement und an Apotheken. (all diese unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht)

Für dringende Befundsmittteilung oder Erhebung dürfen meine Daten via Fax weitergeleitet werden. Meine E Mail Adresse darf genutzt werden, falls mich die Praxis telefonisch nicht erreicht, für Terminvergaben oder Befundübermittlungen an mich auf meinen Wunsch.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für eventuelle spätere Vorbefundserhebungen länger als 10 Jahre gespeichert werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des Hessischen Datenschutzgesetzes erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich mein Einverständnis ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Wiesbaden, den

Unterschrift