

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir haben die "Patienteninformation zum Datenschutz" in der Praxis aufgehängt. In unserer Praxis werden ihre Daten zum Zwecke der Behandlung (auch im Rahmen der Videosprechstunde) erhoben und verwendet. Wir weisen Sie daher darauf hin, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, wenn wir ihre Einwilligung dazu erhalten haben oder dies gesetzlich vorgesehen ist. (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin). Um ihre Daten im Zusammenhang mit ihrer Behandlung an weitere Leistungsbringer (z.B. andere Ärzte, Labore und Krankenhäuser) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief, Fax, E-Mail oder Telefon), bedarf es ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungsbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich ein,

Name:.....

Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

E-Mail:.....

Telefon:.....

dass die Praxis Fr. Dr. Yingrui Wang-Rosenke, Badstraße 11, 13357 Berlin

meine Daten für einen Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorge-Untersuchungen und zum Zwecke der Terminvergabe verwenden dürfen.

Bezüglich der ärztlichen Behandlung dürfen mein Daten an den weiterbehandelnden Arzt, das Krankenhaus sowie das Labor übermittelt werden.

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

Die Einwilligungen sind freiwillig. Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich und die Praxis Fr. Dr. Wang-Rosenke freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon unberührt.

.....

.....

Ort/Datum

Unterschrift