

Dr. med. Michael Jarosch
Dr. med. Matthias Decker
Frau Monika Isermann
An der Weide 9 27798 Hude

Telefon: (0 44 08) 24 44
Service-Telefon: (0 44 08) 76 89
Telefax: (0 44 08) 14 58



Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Behandlungsdaten

gem. Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Datenschutzgesetz

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die Hausarztpraxis An der Weide, Dres. med. Michael Jarosch und Matthias Decker, Frau Monika Isermann

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern darf
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermitteln darf
- die zur Abrechnung notwendigen Daten an das Labor oder die Kassenärztliche Vereinigung übermitteln darf. Die Kassenärztliche Vereinigung steht unter ärztlicher Leitung und unterliegt den Bestimmungen der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes
- Telefonnummern an weiterbehandelnde Ärzte weiterzugeben

Mir ist bekannt, dass meine Behandlungsdaten in der Hausarztpraxis An der Weide zu Zwecken der Dokumentation gespeichert werden. Alle Mitarbeiter dieser Praxis haben Zugriff auf diese Daten und unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes.

Ich wurde auf die allgemeine Patienteninformation der Hausarztpraxis An der Weide zum Datenschutz hingewiesen und habe diese zur Kenntnis genommen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann und dieses dann selbstständig schriftlich vornehmen muss.

Hude, _____
Datum

Unterschrift