Hausarztpraxis
Dr. med. Jasmin Pfenninger
Saarstraße 1
91710 Gunzenhausen
Tel.: 09831/2482
www.hausarztpraxis-gun.de

Einwilligungserklärung

zur Datennutzung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die Hausarztpraxis Dr. med. Jasmin Pfenninger meine auf der Anmeldung angegebenen personenbezogenen Daten sowie Gesundheitsdaten zum Zwecke der Durchführung einer medizinischen Behandlung auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhebt.
Die Praxis versichert, dass alle Daten entsprechend der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist archiviert werden.

- 0 Ich willige ein, dass die erhobenen Daten für **diese und zukünftige Behandlungen** genutzt werden dürfen.
- 0 Ich willige ein, dass die erhobenen Daten an Untersuchungslabore, medizinische Institute und Fachärzte übermittelt und dort verarbeitet werden dürfen, sofern dies im Rahmen einer weiterführenden Diagnose/ der weiteren Behandlung notwendig ist.
- 0 Ich willige ein, dass der mich behandelnde Arzt bei anderen Ärzten oder Leistungserbringern (Krankenkasse, Apotheke, Labor, Videodienstanbieter etc.) die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde anfordert/erhebt.
- 0 Ich willige ein, dass meine Behandlung betreffende Unterlagen (Befunde, Rezepte, Überweisungen usw.) an folgende Personen zur Abholung ausgehändigt werden dürfen:

  _____
  Name, Vorname u. Adresse

- 0 Ich willige ein, dass mich die Arztpraxis **telefonisch**, per SMS, per E-Mail oder per Post über Laborergebnisse und weitere Terminplanungen sowie auch von der gesetzlichen Krankenkasse angebotene Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen informiert.
  Änderungen meiner Kontaktdaten teile ich der Arztpraxis unverzüglich mit.
- 0 **Videosprechstunde**: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Beratung/Behandlung auf Wunsch auch in Form einer Videosprechstunde durchgeführt wird. Die Teilnahme ist für mich freiwillig. Ich verpflichte mich, die Videosprechstunde in einem geschlossenen, ruhigen Raum durchzuführen, um die Privatsphäre zu wahren. Ich werde zu Beginn alle weiteren im Raum anwesenden Personen vorstellen. Bild- und Tonaufzeichnungen sind strengstens untersagt

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Aus einer Verweigerung der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient o. gesetzl. Vertreter