

21.02.2020

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

### ZUM UMGANG MIT DER KONTAKTAUNAHME DURCH DIE PRAXIS UND DER ÜBERMITTLUNG IHRER KONTAKT- & GESUNDHEITSDATEN IM ZUGE DES EU-DATENSCHUTZGRUNDVERORDNUNG (DSGVO)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_

Telefon Mobil: \_\_\_\_\_

Faxnummer: \_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_

Ich habe die Datenschutzerklärung laut Praxisinformation gelesen und verstanden. Alle Fragen wurden mir beantwortet. Ich stimme hiermit der beschriebenen Verarbeitung, Speicherung und Weitergabe meiner Daten zu. Desweiteren stimme ich der Kontaktaufnahme durch die Praxis unter den angegebenen Kontaktdaten für Gesundheitsinformationen (z. B. Befunde, Impfungen, Beratung), auch unter Einschluß der Videotelefonie mit Speicherung assoziierter „Snapshots“ des Monitors oder von Videoausschnitten im Rahmen Ihrer Versorgung, zu. Auch bin ich mit der Aufnahme eines Portraitbildes für die eigene Patientenakte einverstanden. Über die standortübergreifende Datenverarbeitung bin ich informiert. Desweiteren habe ich den Abschnitt „Umgang mit der Übermittlung Ihrer Kontakt- & Gesundheitsdaten“ gelesen, verstanden, umfassend akzeptiert und unterschreibe nach ausreichender Bedenkzeit.

Über mein Widerrufsrecht und mit der damit verbundenen Aufhebung des Behandlungsvertrages bin ich informiert. Ich weiß, dass ich jederzeit Änderungen an dieser Erklärung vornehmen kann. Änderungen an der Vollmacht für die Kontaktperson oder Widerspruch unserer aktiven Kontaktaufnahme führen nicht zur Aufhebung des Behandlungsvertrages und bedürfen einer schriftlichen Fassung. Die Kopie dieser Einverständniserklärung wird von unserer Praxis elektronisch verarbeitet und gespeichert. Ein Exemplar der Einverständniserklärung habe ich erhalten.

#### **VOLLMACHT Kontaktperson**

Ich erteile hiermit folgender Person die Vollmacht,

- Auskunft über meine gespeicherten Daten und Gesundheitsinformationen -im persönlichen Gespräch oder mittels Videotelefonie- zu erhalten
- Rezepte und/oder Befunde abzuholen
- mich bei Arztgesprächen zu begleiten
- ggf. eigene Bitten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Str., Nr., PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort , Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift