

Datenschutzerklärung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Gemeinschaftspraxis Dres. med. A. Klein/ H.-U. Erley/ S. Arp von der Schweigepflicht entbunden wird und Auskünfte oder Bericht über mich an

- Fachärzte/ Krankenhäuser
- meine Krankenkasse/ Gesundheitsamt/ Versorgungsamt.
- **Folgende Personen:**

(Bitte hier Angabe der berechtigten Personen mit Vor- und Nachname)

weitergeben darf.

- Diese dürfen nach Ermessen der Praxis auch per Email versandt werden.
 - Ich stimme der Nutzung eines Recallsystems zu.
- (Erinnerungen an Laboruntersuchungen, Impfungen etc. wenn Sie es wünschen)

- **An folgende Personen dürfen von mir bestellte Unterlagen wie z.B. Rezepte oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen abgegeben werden:**

(Eine Aushändigung von bestellten Unterlagen an Dritte ist nur möglich, wenn diese hier mit Vor- und Nachname genannt werden!!! Bei Bedarf Rückseite benutzen!)

- Es dürfen von mir bestellte Unterlagen wie z.B. Rezepte an die von mir genannte Apotheke abgegeben oder versandt werden.
- Außerdem bin ich damit einverstanden, dass ich namentlich aus dem Wartezimmer aufgerufen werde.
- Alle patientenbezogenen Daten inkl. dieses Formulars verbleiben in meiner Patientenakte und werden möglicherweise länger als 10 Jahre aufbewahrt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift