

Datenschutz/Datenverarbeitung

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen der medizinischen Behandlung Daten über meine Person, meinen sozialen Status sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten gespeichert, geändert bzw. gelöscht werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Kostenträger, Abrechnungsstellen, Reha-Kliniken, mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Einrichtungen) übermittelt werden können.

In der Regel handelt es sich dabei um folgende Daten, die je nach Versichertenstatus variieren können:

1. Familienname und Vorname,
2. Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherungsnummer,
3. Versichertenstatus,
4. Diagnosen bzw. Verdachtsdiagnosen
5. Befunde bzw. Laborergebnisse

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis meine personenbezogenen Daten verarbeitet und an die beteiligten Stellen weiterleitet.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Praxis Behandlungsdaten an beteiligte Ärzte (z.B. Hausarzt, Gynäkologen, Radiologie etc.) übermittelt und von diesen Befunde anfordern kann (inkl. Gewebeproben etc.) soweit diese für die aktuelle Behandlung erforderlich sind.

Ja **Nein**

Diese Vereinbarung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Datum und Unterschrift

Ersteller	Wloszek, QMB	Gepprüft und freigegeben	Dr. med. Darsow, CA	Formal freigegeben	Elspaß, GF
Datum:	10.07.2019	Datum:	10.07.2019	Datum:	07.01.2019
Revision	31.07.2020	Datum:	31.07.2020	Änderungen	