

Liebe Patientinnen und Patienten,

### **Das Datenschutzrecht schreibt uns vor, Ihnen Folgendes mitzuteilen:**

Wir weisen darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert werden.

In unserer Praxismgemeinschaft haben alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Zugang zu Ihren Daten, alle haben eine Schweigepflichterklärung unterschrieben.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns die Einwilligung

- zur Datenübermittlung (Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse) an mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser, wenn diese zum Wohle Ihrer Gesundheit Untersuchungsergebnisse benötigen. Falls es für Ihre Behandlung notwendig ist, geben Sie uns hiermit auch das Einverständnis, dass wir Befunde bei anderen mitbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern, Sozialstationen und Physiotherapeuten anfordern dürfen.

**ja / nein**

- zur Datenübermittlung per Post
- zur Datenübermittlung per Fax
- zur Datenübermittlung per Email

**ja / nein**

**ja / nein**

**ja / nein**

- Laboruntersuchungen mit Ihren Personalien an das Labor 28 sowie ggf. an die GANZIMMUN Diagnostics AG zu senden, da viele Untersuchungen nicht in unserer Praxis durchgeführt werden können.

**ja / nein**

---

**Datum, Unterschrift**

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

---

**Datum, Unterschrift**

---

**Name, Vorname**

**Geburtsdatum**