



Name: \_\_\_\_\_

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

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in der Praxis müssen aus organisatorischen Gründen Verarbeitungen von Daten vorgenommen werden.

Diese Verarbeitungen sind in einer Arztpraxis üblich. Die Art der verarbeiteten Daten, der Umfang der Verarbeitung und mögliche Empfänger sind in allen Fällen auf das für den jeweiligen Zweck erforderliche beschränkt.

Es sind technische und organisatorische Maßnahmen getroffen worden, um die Daten gegen Manipulation, Verlust und/oder den Zugriff unberechtigter Personen zu schützen.

Um ihre Daten im Zusammenhang mit ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (zum Beispiel andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore, Apotheken) übermitteln oder von dort anfordern zu dürfen, bedarf es ihrer Einwilligung.

Auch zum Beispiel für eine Rückrufliste zum Besprechen von Befunden oder dem weiteren Vorgehen am Telefon bei Rückfragen ist ihre Einwilligung erforderlich.

**An dieser Stelle verweise ich auf die ausführliche Datenschutzerklärung im Aushang im Wartezimmer.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend über die Verarbeitung der Daten und den Datenschutz in der Praxis Bayrakci informiert bin und erkläre freiwillig mein Einverständnis zur Verarbeitung. Ich entbinde Herrn Bayrakci und das für die Verarbeitung eingesetzte Praxispersonal von der Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft verarbeiteten Daten jederzeit formlos schriftlich widerrufen kann.

Wünschen Sie, dass die weiterbehandelnden Ärztinnen/Ärzte (Überweisende, Hausärzte/innen) einen Bericht über die aktuelle und zukünftige Behandlung erhalten?

ja

nein

Bielefeld, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_