

paediatricum dr wolff

Priv.-Doz. Dipl.-Psych. Dr. med. Chr. Wolff
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin | Psychotherapie
Emst: Cunostr. 46a | Eilpe: Eilperstr. 101

PATIENTENEINWILLIGUNG DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Mit unserer in den Praxisräumen aushängenden „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z. B. zur Erfüllung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z. B. andere Ärztinnen und Ärzte, Labore, Krankenhäuser) zu übermitteln (z. B. mittels Arztbrief oder Fax) oder diese auch telefonisch auszutauschen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssten dann gegebenenfalls selbst die notwendigen Informationen liefern.

EINWILLIGUNG *(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)*

Hiermit willige ich für **mein Kind** **mich**

Name

Geburtsdatum

Adresse

Hiermit willige ich ein, dass Gesundheitsdaten über die ärztliche Behandlung im paediatricum dr wolff in Hagen elektronisch und/oder handschriftlich sowie mündlich erfasst, gespeichert, angepasst, verarbeitet und an unmittelbar beteiligte Leistungserbringer (z. B. Ärzte, Labore, Krankenhäuser) weitergeleitet oder ausgetauscht werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass notwendige Gesundheitsdaten zur Abrechnung der Behandlung mit der Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung weitergegeben werden.

Die in der Praxis aushängende „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Vor- und Nachname (Sorgeberechtigte)

Unterschrift