

Datenschutz-Einwilligungserklärung (Stand Februar 2021)

Orth.med (Nürnberg Königstrasse 61 Dr. Dieter Aldebert und Kollegen)



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in der Regel verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten auf der Grundlage eines Gesetzes (z.B. zur Erfüllung des Behandlungsvertrages). Über gesetzliche Erlaubnisse zur Datenverarbeitung hinaus werden Ihre personenbezogenen Daten in meiner/unserer Praxis zu folgenden Zwecken verarbeitet, sofern Sie die Einwilligung dazu erteilen:

- Versendung von Arztberichten und/oder Karteiausdrucken an die mit- und weiterbehandelnden Ärzte, Kommunikation mit den eingebundenen Physiotherapeuten
- zur Bearbeitung von Anfragen der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, privaten Unfallversicherungen, Rentenversicherung und Sozialgerichten

Die Daten werden für die Dauer von 10 Jahren gespeichert.

Ihr Ansprechpartner und Verantwortlicher i.S.d. Art. 4 Nr. 7 DS-GVO ist
Orth.med

*Dr. Dieter Aldebert
Königstrasse 61
Tel. 209171 Fax 2448982*

Datenschutzbeauftragter: Sabine Schaub (Qualitybase GmbH), datenschutz@qualitybase.de

Weitere Informationen können Sie unseren Informationen zum Datenschutz gem. Art. 13 DS-GVO entnehmen, die Sie an der Information erhalten und im Wartezimmer ausgehängt/ausgelegt vorfinden. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

(Bei Minderjährigen ist die Einwilligung von beiden Elternteilen erforderlich)

Name des Patienten:

Mit der nachfolgenden Unterschrift willige ich ein, dass die o.g. Praxis personenbezogene Daten sowie Gesundheitsdaten zu den aufgeführten Zwecken übermittelt und dass diese Daten dort verarbeitet werden.

Es ist mir bekannt, dass

- ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann,
- mir aus einer Verweigerung der Einwilligung keine Nachteile im Rahmen der ärztlichen Behandlung erwachsen.
- Jede Weitergabe der Daten wie z.B. Abholung von Rezepten, Bescheinigungen, Formulare etc. nur mit einer schriftlichen Einwilligung/Vollmacht erfolgen darf.
Folgende Person/en bevollmächtige ich daher im Bedarfsfall meine Unterlagen, Rezepte, Überweisungen etc. abzuholen (Name / Adresse):

Mit meiner Unterschrift bestätige ich außerdem, dass ich die vorstehenden Informationen zur Kenntnis genommen und verstanden habe.

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten