

Dr. med. Insa Japing & Fr. Alexandra Netzer
Hannoversche Str. 68
31180 Giesen / Hasede

1.Übermittlung/Einholung von Patientendaten

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mit dieser Praxis, diese mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten, Laborärzten und sonstigen medizinischen Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln darf, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.

2.Berechtigung Dritter

Ich willige des Weiteren ein, dass an Angehörige bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogenen Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen, von der Praxis herausgegeben werden dürfen. Sollte ich mit der Herausgabe von bestimmten personenbezogenen Daten nicht einverstanden sein, habe ich dies mitzuteilen.

Ich bin zudem damit einverstanden, dass die von mir beauftragte Apotheke oder mich behandelnde Sozialdienste für mich Rezepte sowie bei Notwendigkeit auch Medikationspläne/Verordnungen im verschlossenen Umschlag abholen. Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind.

3.Wartezimmerregelung

Aufgrund der Räumlichkeiten und der Vertrautheit mit unseren Patienten werden Sie auch weiterhin mit ihrem Namen aufgerufen. Sollten Sie mit dieser Regelung nicht einverstanden sein, widersprechen Sie dieser bitte persönlich an der Anmeldung.

4.Einwilligung zur elektronischen Kontaktaufnahme per E-Mail oder sonstigen Messenger Diensten sowie zur Kontaktaufnahme per Telefon und/oder Fax

wir bieten Ihnen in Zukunft als unsere Patientin/unseren Patienten einen besonderen Service zur Erinnerung an mit uns vereinbarte Termine, eventuelle Folgetermine oder auch fällige Gesundheitsuntersuchungen und Vorsorgeuntersuchungen an. Insbesondere möchten wir Sie gerne per E-Mail oder ggf. sonstigen Messenger diensten oder per Telefon über Ihre Praxistermine informieren und Sie ggfs. über das Eintreffen von Labordaten unterrichten. Dieser Service ist für Sie kostenfrei. Zuvor müssten Sie uns bitte Ihre Zustimmung zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer persönlichen Daten, insbesondere Ihrer E-Mail-Adresse, Ihrer Telefonnummer, sowie zum Erhalt von E-Mails und sonstigen elektronischen oder telefonischen Mitteilungen aus unserer Praxis für den oben angegebenen Umfang und Zweck geben. Rechtsgrundlage für eine Datenverarbeitung ist Ihre Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO. Ohne diese – jederzeit widerrufbare – Einwilligung wird eine Kontaktaufnahme wie vorstehend beschrieben nicht erfolgen. Wir verweisen darüber hinaus auf die Datenschutzerklärung der Praxis, die auf für diese Einwilligung in die Kontaktaufnahme auf Grundlage dieser Einwilligung gilt.

5.Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung/Kontaktaufnahme in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.
Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen/Anforderungen.

Einwilligung:

Ich bin Patient/in dieser Arztpraxis. Ich willige hiermit ausdrücklich ein, dass die Arztpraxis künftig befugt ist, meine vorgenannten persönlichen Daten zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und in dem vorbeschriebenen Umfang auch zu nutzen, insbesondere mir an meine E-Mail-Adresse ohne weitere Sicherungsmaßnahmen (Verschlüsselung) E-Mails über anstehende Termine und Folgetermine sowie Erinnerungen über fällige Gesundheitsuntersuchungen oder Vorsorgeuntersuchungen zu übermitteln. Ich stimme daher hiermit insbesondere auch ausdrücklich der unverschlüsselten Übermittlung von besonderen personenbezogenen Daten (Art. 4 Nr. 15, 9 DSGVO, Gesundheitsdaten) per E-Mail oder auf sonstigen elektronischen Übermittlungswegen für die oben genannten Zwecke durch die Arztpraxis zu.

Diese Einwilligung gilt so lange, bis ich der künftigen Nutzung meiner vorgenannten persönlichen Daten widerspreche oder meine Einwilligung zu dieser Verfahrensweise widerrufe. Mir ist bewusst, dass im Falle eines solchen Widerspruchs bzw. Widerrufs künftig die Arztpraxis mir keine elektronischen Nachrichten in dem vorbeschriebenen Umfang mehr zukommen lassen wird.

Die Arztpraxis weist darauf hin, dass die zukünftige schnelle und unkomplizierte Kommunikation über E-Mail mit einem Verlust an Vertraulichkeit und Sicherheit verbunden sein kann. Daher wird geraten, die Zugangsdaten zu meinem E-Mail-Postfach vertraulich zu halten, um unbefugten Dritten keinen Zugriff auf eingehende E-Mails der Arztpraxis zu ermöglichen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte geben Sie uns bei Änderungen der Kontaktdaten rechtzeitig bescheid.