

## Datenschutzerklärung

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

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich in die Erhebung, Nutzung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Ärzte der Urologische Gemeinschaftspraxis zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung ein. Die aktuelle Fassung der Datenschutzerklärung liegt im Wartebereich aus und kann optional im Internet unter [www.bayernuro.de](http://www.bayernuro.de) heruntergeladen/ausgedruckt werden.

### Einverständnis zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs 1b SGB V:

**Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung in der Urologischen Gemeinschaftspraxis**

- meine Behandlungsdaten und Befunde von anderen mitbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und anderen Leistungserbringern angefordert werden dürfen.
- meine Behandlungsdaten und Befunde an mitbehandelnde Ärzte, Krankenhäuser, betreuende Pflegeeinrichtungen und andere Leistungserbringer (z.B. Labor) übermittelt werden dürfen.
- Rezepte, Heil- und Hilfsmittelverordnungen an die entsprechenden Stellen (Apotheken, Pflegedienste, Therapeuten) übermittelt werden dürfen. Hiermit bestätige ich ebenfalls, dass die Ärzte der Urologischen Gemeinschaftspraxis keinerlei Einfluss auf meine Wahl der Apotheke nehmen.
- meine Behandlungsdaten auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin per E-Mail (auch unverschlüsselt) an mich weitergeleitet werden. Mir ist bekannt, dass E-Mails vor unbefugter Kenntnisnahme nicht geschützt sind und dass alternative Kommunikationswege bevorzugt werden sollten. (Bitte beachten Sie die Anmerkungen in der Datenschutzerklärung Punkt 10, siehe Auslage im Wartezimmer oder unter [www.bayernuro.de](http://www.bayernuro.de)).

E-Mail: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

### **Informationen an Dritte (Angehörige, Verwandte oder Bekannte)**

- Ja, ich möchte, dass folgende Person(en) auf Wunsch über meinen Gesundheitszustand und Behandlungsmaßnahmen informiert wird/werden.

\_\_\_\_\_  
Name, Telefonnummer der Vertrauensperson

**Ich wurde darüber aufgeklärt, dass alle Einwilligungen jederzeit einzeln oder gesamt widerrufen werden können. Hier muss der Widerruf schriftlich erfolgen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

\_\_\_\_\_  
Gesetzliche/r Vertreter/in / Betreuer/in