

Datenschutzerklärung des Patienten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Hiermit bestätige ich, dass mir die Datenschutzerklärung in aktueller Fassung vor Unterzeichnung ausgehändigt wurde. Zusätzlich liegt diese in den Wartebereichen aus und kann optional im Internet unter www.bayernuro.de heruntergeladen/ausgedruckt werden.

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

Ja, hiermit stimme ich zu, dass die Ärzte der Urologischen Gemeinschaftspraxis alle Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern können.

Nein, ich möchte nicht, dass die Ärzte der Urologischen Gemeinschaftspraxis Behandlungsdaten und Befunde anfordern und bin mir bewusst, dass eine Behandlung dadurch möglicherweise nur eingeschränkt erfolgen kann.

Daten werden auch an mit- und weiterbehandelnde Einrichtungen weitergeleitet, sofern notwendig.

Ja, ich stimme zu, dass die erhobenen Daten im Rahmen der Behandlung an diese Einrichtungen weitergeleitet werden dürfen.

Nein, ich möchte nicht, dass die Ärzte der Urologischen Gemeinschaftspraxis die erhobenen Daten an diese Einrichtungen weiterleiten und bin mir bewusst, dass es hierdurch zu Einschränkungen in der Behandlung kommen kann.

2. Aufrufe im Wartebereich:

Ja, hiermit stimme ich zu, dass mein Familienname im Wartebereich für das Wahrnehmen eines Termins ausgerufen werden darf.

Nein, ich möchte nicht mit meinem Familiennamen aufgerufen werden, sondern über meine Patientennummer. (Die Patientennummer wird mir vom nichtärztlichen Personal vor der Behandlung mitgeteilt)

3. Datenübermittlung an Pflegeeinrichtungen(Optional)

Ja, ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte der Urologischen Gemeinschaftspraxis den mich betreuenden Pflegedienst über die Behandlung informieren und ggf. Befunde übermitteln.

Nein, ich bin damit nicht einverstanden, dass die Ärzte der Urologischen Gemeinschaftspraxis den mich betreuenden Pflegedienst über die Behandlung informieren und ggf. Befunde übermitteln.

Name und Adresse der Pflegeeinrichtung/des Pflegedienstes

BITTE WENDEN

4. Datenübermittlung an Apotheken:

Ja, ich möchte, dass meine Rezepte an die entsprechende Apotheke gesendet werden. Hiermit bestätige ich ebenfalls, dass die Ärzte der Urologischen Gemeinschaftspraxis keinerlei Einfluss auf meine Wahl der Apotheke nehmen:

Name und Adresse der Wunschapotheke

Nein, ich möchte nicht, dass Rezepte an eine Apotheke meiner Wahl versendet werden.

5. 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, Anschrift, Telefonnummer der Vertrauensperson

Nein, ich möchte nicht, dass Angehörige, Verwandte oder Bekannte über meinen Gesundheitszustand informiert werden.

6. Befundmitteilungen am Telefon

Wir sind sehr bemüht, auch am Telefon die Datenschutzvorgaben einzuhalten. Da hier der Identitätsnachweis sehr schwierig ist, haben Sie die Möglichkeit bei uns ein Passwort zu hinterlegen. Sie können dies an berechnigte Personen aushändigen, sodass wir Ihnen bzw. den berechtigten Personen auch am Telefon Auskunft erteilen können.

Passwort (Darf keine personenbezogenen Daten(Geburtstag, Vor-/Nachname) enthalten!)

7. Rückmeldung der Befunde

Rezepte und Laborwerte, die durch unsere Behandlung entstanden sind, erhalten Sie, falls gewünscht auf dem Postweg. Sollten Sie die Befunde in anderer Form erhalten wollen, stehen Ihnen die unten genannten Wege zur Verfügung. (Bitte beachten Sie die Anmerkungen in der Datenschutzerklärung Punkt 10, siehe Auslage im Wartezimmer oder unter www.bayernuro.de).

E-Mail: _____

Fax: _____

8. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner getroffenen Angaben.

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

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Gesetzlicher Vertreter/Betreuer