



Einverständniserklärung Datenschutz

- ! Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Versorgung/ Behandlung meine Patientendaten an mitbehandelnde Ärzte und andere Fachgruppen wie z.B. Physiotherapeuten, Podologen, Orthopädieschuhmacher, ambulante Pflegedienste, Krankenhäuser, Apotheken, Sanitätshäuser usw. übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.
- ! Außerdem bin ich einverstanden, dass meine Laborproben an das mit der Praxis kooperierende Labor übermittelt werden dürfen.
- ! Ich bin einverstanden, dass bei Bedarf Daten meiner Blutzuckermessgeräte und /oder Insulinpumpe/CGM/FGM zum Zwecke der Therapieanpassung ausgelesen und in meiner Akte gespeichert werden
- ! Für den Fall einer Wundversorgung erlaube ich, zum Zwecke der Wunddokumentation (auch zum Nachweis gegenüber der Krankenkasse), dass Fotos gemacht werden dürfen.
- ! Ich bin mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nach Identitätsprüfung, Behandlungsdaten weitergegeben werden.

Name:

Name:

Name:

Name:

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen und/oder geändert werden

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Wir, das Team der Gemeinschaftspraxis Dr. med. G. Wiel und B. Lauscher – Schüller versichern Ihnen, dass wir Ihre Daten sorgfältig gemäß den Vorgaben des Datenschutzgesetzes behandeln und verwahren