

Gemeinschaftspraxis für Neurologie und Psychiatrie

Dr. med. Peter Günther
Arzt für Neurologie
Dr. med. Ivonne Neumann-Daus
Ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie
Dr.med. Frank Tietze
Arzt für Neurologie
Dipl.-Med. Andreas Zmatlik
Arzt für Neurologie/Psychiatrie/Neuroradiologie

Prellerstr. 62
04155 Leipzig
Telefon (0341) 5647155
Fax (0341) 5647196

Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Patientinnen, sehr geehrte Patienten,

Pat.Nr.: _____
(vom Praxispersonal einzutragen)

mit Inkrafttreten der europäischen Datenschutzverordnung (DSGVO) zum 25.05.2018 benötigen wir von Ihnen eine Einwilligungserklärung, damit wir Sie, bzw. Dritte (z.B. Heime, andere Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken, o.Ä.) per Fax und/ oder Email kontaktieren dürfen sowie Ihre Befunde/ Behandlungsunterlagen in anderen Arztpraxen, Krankenhäusern, Therapeuten, u.Ä. anfordern dürfen. Bei Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten handelt es sich in der Regel um Terminanfragen und –absprachen, Anforderungen von Rezepten sowie Befundübermittlung an weiterbehandelnde Ärzte.

Hintergrund der Maßnahme ist die Tatsache, dass die o.g. Übermittlungswege keine Garantie bieten, dass Ihre personenbezogenen Daten **sicher** übermittelt werden.

Zudem weisen wir ausdrücklich auf unsere Datenschutzerklärung hin, die sowohl in der Praxis aushängt als auch auf unserer Internetseite veröffentlicht ist.

Falls Sie uns Ihre Einwilligung auf elektronischem Weg zukommen lassen möchten, leisten Sie Ihre Unterschrift mit **blauer Farbe** und übersenden sie uns per E-Mail.

Bitte bringen das Original beim nächsten Besuch in unserer Praxis mit und händigen dieses an die Mitarbeiterinnen der Anmeldung aus.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir ohne Einwilligungserklärung die o.g. Übermittlungswege nicht mehr in Ihrem Interesse nutzen können.

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich den **Inhalt der Einwilligungserklärung verstanden habe** und mit der **Übermittlung/Anforderung meiner personengebundenen Daten durch alle Ärzte der Gemeinschaftspraxis per E-Mail und/oder Fax an o.g. Dritte** einverstanden bin.

Ich wurde darüber informiert, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit schriftlich widerrufen kann.

Leipzig, den _____

Vollständiger Name in Druckbuchstaben:

Geburtsdatum: _____

Unterschrift: _____