

# Gemeinschaftspraxis für Neurologie und Psychiatrie

Dr. med. Peter Günther/Dr. med. Frank Tietze

Ärzte für Neurologie

Dr. med. Ivonne Neumann-Daus

Ärztin für Psychiatrie/Psychotherapie

Dr. med. Annette Scheerschmidt

Ärztin für Neurologie/Psychiatrie und Psychotherapie (angest. Ärztin)

Dr. med. Margaretha Böde

Ärztin für Neurologie (angest. Ärztin)

Prellerstr. 62

04155 Leipzig

Tel.: 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.

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

### **Bitte vollständig ausfüllen:**

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 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: \_\_\_\_\_

Darüber hinaus bitten wir Sie, um eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber weiteren behandelnden Personen und Institutionen, damit wir die Behandlung untereinander abstimmen können, um Sie bestmöglich zu unterstützen.

**Ich entbinde die mich behandelnden Personen und Institutionen von der ärztlichen Schweigepflicht.**

Unterschrift: \_\_\_\_\_