

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DATENSCHUTZ

Die ausgehändigten Hinweise zum Datenschutz (Version vom 05.09.2019) in der Gemeinschaftspraxis Dr. Bettina Kurz und PD Dr. Michael Böhm, Gremmendorfer Weg 57, 48167 Münster habe ich zur Kenntnis genommen.

Nachfolgend besteht die Möglichkeit, unserer Praxis durch Ihre ausdrückliche Einwilligung das Recht einzuräumen, auch über die oben erläuterten Zwecke hinaus Ihre Daten zu verarbeiten. Wenn Sie dies tun möchten, bitten wir Sie, die entsprechenden Erklärungen in dem von Ihnen gewünschten Umfang nachfolgend abzugeben.

Sofern Sie uns darüber hinaus eine Einwilligung zur Einbindung Dritter in die ärztliche Schweigepflicht oder privatärztliche Rechnungsstellung geben möchten, verweisen wir auf die hierzu gesonderten Formulare.

Hiermit erkläre ich,

Vor- und Nachname:

Anschrift

Geburtsdatum

dass ich durch entsprechendes Ankreuzen der nachstehenden aufgeführten freiwilligen Optionen ausdrücklich damit einverstanden bin,

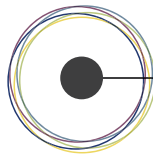
dass Herr PD Dr. Michael Böhm Einblick in meine vollständigen Patientenunterlagen nehmen und diese Daten im Rahmen des Behandlungsverhältnisses verarbeitet.

Ja

Nein



Bitte wenden



dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten und sonstigen Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und Behandlung angefordert werden können

Ja Nein

dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde durch die Praxis an andere Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und sonstige Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und Behandlung übermittelt werden können

Ja Nein

dass Rezepte, Überweisungen, Rechnungen, Berichte und Kontaktlinsen meine Person betreffend an Personen gemäß des Einverständnisses zur Entbindung der Schweigepflicht mitgegeben werden dürfen

Ja Nein

dass eine digitale Fotoaufnahme Ihres Gesichtes und Ablegung in der elektronischen Patientenakte zur erleichterten Identifikation Ihrer Person erfolgt

Ja Nein

dass mich die Praxis auch über den Behandlungsfall hinaus zu Werbezwecken (postalische Geburtstagsgrüße) und hinsichtlich Patienteninformations- und/oder fortbildungsveranstaltungen oder sonstiger Termine informieren darf:

Ja Nein

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligungen jederzeit vollständig oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden können.

Ja Nein

Datum

Unterschrift Patient
(bei nicht einsichtsfähigen Patienten:
der gesetzliche Vertreter; bei
minderjährigen Patienten zusätzlich:
des oder der Sorgeberechtigten)