



Sandra Pfingsten

GANZHEITLICHE FRAUENHEILKUNDE
UND GEBURTSHILFE

Datenschutzerklärung

Liebe Patientinnen,

das Datenschutzrecht schreibt uns vor, Ihnen Folgendes mitzuteilen:

Wir weisen darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert werden.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns die Einwilligung

1. zur Einsicht in Ihre Patientendaten und Einfügung in eine laufende Patientenakte.
2. zur Datenübermittlung (= Zusendung eines Arztbriefes) an den uns von Ihnen genannten Hausarzt.
3. zur Datenübermittlung (Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse) an mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser, wenn diese zum Wohle Ihrer Gesundheit Untersuchungsergebnisse benötigen. Falls es für Ihre Behandlung notwendig ist, geben Sie uns hiermit auch das Einverständnis, dass wir Befunde bei anderen mitbehandelnden Ärzten und Krankenhäusern anfordern dürfen.

Die Datenschutzinformation der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Ort, Datum

Unterschrift