

Einwilligungserklärung

Name, Vorname des Patienten: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nach der europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sind wir zum Datenschutz verpflichtet. Diese Verpflichtung ist uns ein wichtiges Anliegen. Wir verarbeiten Ihre Daten, sofern dies notwendig und gesetzlich erlaubt ist. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte unseren Datenschutzzinformatoren.

Einwilligungen (Schweigepflichtsentbindung)

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten an die Gesellschaft für integrierte Gesundheitsversorgung GmbH (GIG), Universitätsstraße 142, 44799 Bochum zum Zwecke der Abrechnung und Verwaltung weitergegeben werden. Dies sind insbesondere Stammdaten (Name, Geburtsdatum, Anschrift), Diagnose, Untersuchungs- und Behandlungsdaten.

Um Ihnen einen zusätzlichen Service zu bieten, können Sie uns zusätzlich für folgende Verarbeitungen Ihre Einwilligung geben:

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten (Befunde, Arztberichte, Röntgenaufnahmen, usw.) an weitere Behandler (Hausärzte, Ärzte, Therapeuten, usw.) weitergegeben werden, sofern dies notwendig ist.
- Ich bin damit einverstanden, dass Informationen der Behandlung an meinen/meine Ehepartner/Ehepartnerin bzw. meine Kinder mitgeteilt werden dürfen, z.B. zwecks Terminvereinbarung oder Abholung von Rezepten.

Rechte

Ihre Einwilligung ist freiwillig und Sie können die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Im Übrigen stehen Ihnen auch sonst alle Rechte nach der Datenschutzgrundverordnung zu. Alle Informationen dazu können Sie den von uns bereitgestellten Datenschutzzinformatoren entnehmen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des
gesetzlichen Vertreters