

Hausarztpraxis Pegau  
Dr. med. Astrid Meier  
Zeitzer Straße 25  
04523 Pegau

**Name, Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**ggf. E-Mail:**

**Tel.:**

**\_\_\_ Einverständniserklärung zum Umgang mit persönlichen Daten\***

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten praxisintern unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert, geändert und gelöscht werden.

Aus dem Informationsblatt zum Datenschutz geht deutlich hervor,

- um welchem Umfang und welche Art meiner Daten es sich handelt,
- auf welchen Rechtsgrundlagen die Verarbeitung beruht,
- und, dass die Möglichkeit besteht, Widerspruch einzulegen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger und andere Ärzte übermittelt werden. Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass mein Einverständnis zur Informationsweitergabe jederzeit ohne Begründung widerrufbar ist. Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung meine Daten gelöscht.

**\_\_\_ Einverständnis zum Datenversand per E-Mail\***

Mir ist bekannt, dass die Datenversendung auf dem elektronischen Postweg (E-Mail) in aller Regel unverschlüsselt erfolgt. Die übermittelten Daten sind dabei nicht vor dem Zugriff Unberechtigter geschützt. Es besteht die grundsätzliche Gefahr, dass versandte Daten von Dritten abgefangen und gelesen werden.

In Kenntnis dieser Gefahr erteile ich der Praxis Dr. med. Astrid Meier hiermit ausdrücklich die Erlaubnis, Gesundheitsdaten und Rechnungen mit Bezug auf meine Person per E-Mail ohne weitere Sicherungsmaßnahmen an mich oder andere von mir nachweislich bevollmächtigte Personen zu versenden und solche Daten von diesen auf gleichem Weg zu empfangen. Ohne mein Einverständnis müsste der Datenversand auf dem herkömmlichen Postweg erfolgen oder gänzlich unterbleiben.

**\_\_\_ Einverständnis zur Weitergabe bestellter Unterlagen und Informationen an Dritte \***

Ich bin einverstanden, daß Informationen zu meiner Person und bestellte Unterlagen, wie z.B. Rezepte an folgende Angehörige oder Dritte ( Pflegedienst, Pflegeheim, Apotheken) abgegebener versendet werden, nachdem deren Identität bestätigt wurde.

Dritte (z.B. Pflegedienst, Heim):

Angehörige (mit Verwandtschaftsgrad):

**\_\_\_ Einverständnis zu Praxisinformationen und Terminerinnerungen per E-Mail/SMS\***

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismails, Informationen und Terminerinnerung per E-mail oder sms über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

**Ort, Datum, Unterschrift:**

**\* Zutreffendes bitte ankreuzen**