



## Datenschutzvereinbarung

Name Patient:

- Unzutreffendes bitte streichen-

- ➔ Ich habe den Aushang in der Praxis bzgl. der EU-DSGVO gelesen und hatte auch Möglichkeit mir ein Exemplar aushändigen zu lassen. Ebenso befindet sich auf der Homepage ein Link zu diesem Schreiben.
- ➔ Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt 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 werden in einer sicheren Praxissoftware gespeichert. Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und Ärzte übermittelt werden.
- ➔ Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

Name + Geburtsdatum:

Name + Geburtsdatum:

Name + Geburtsdatum:

Name + Geburtsdatum:

Ort, Datum

Unterschrift Patient