

UROLOGIE

AHRENSBURG

PATIENTENINFORMATION

Angaben zur Person

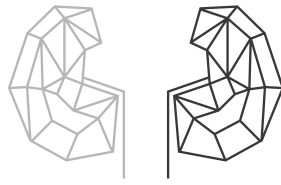
Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis. Wir wären Ihnen sehr verbunden, wenn Sie sich Zeit nehmen, für einige freiwillige Angaben zu Ihrer Person und Krankengeschichte für unsere Stammdatei.

Name und Vorname		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Telefonnummer		Mobil-Telefonnummer	
Email		Faxnummer	
Beruf		Versicherung	
Hausarzt		Sonstiges	
Zuckerkrank	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Behandlung mit „Blutverdünnern“ z.B. Marcumar/Xarelto etc.?
Operationen		Datum	
Sonstige Erkrankungen			
Allergien		Regelmäßige Einnahme folgender Medikamente	

Vielen Dank für Ihre Unterstützung – Ihr Praxisteam der Urologie Ahrensburg.

BITTE WENDEN



UROLOGIE

AHRENSBURG

PATIENTENINFORMATION

Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns sehr wichtig. Nach der EU-Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und der Praxis und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesem Zweck können uns auch andere Ärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen/Daten nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Datenübermittlung

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer Daten können andere Ärzte, Krankenkassen oder der medizinische Dienst der Krankenkassen oder die privatärztliche Verrechnungsstelle sein.

Einverständniserklärung

Ich erteile meine Einwilligung, dass mit meinen Daten so, wie beschrieben, verfahren wird.

Sind sie damit einverstanden, an regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen und relevante Nachsorgeuntersuchungen per SMS oder E-Mail erinnert zu werden?

Ort / Datum

Unterschrift

Ein Widerruf ist jederzeit schriftlich möglich.