



# PRAXIS FÜR AUGENHEILKUNDE

Dr. med. Jessica Walz

Westerbachstraße 23 B, 61476 Kronberg

## Einverständniserklärung zum Umgang mit Ihren Patientendaten und deren Weitergabe

### Angaben zur Ihrer Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### Information zur Verarbeitung persönlicher Daten nach DSGVO und BDSG

Informationen zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten nach DSGVO und BDSG finden Sie auf dem entsprechenden Aushang und dem Informationsblatt.

### Einverständnis zur Datenverarbeitung im Rahmen der Praxisorganisation

- Eine bestmögliche Betreuung setzt eine gute Organisation der Praxis voraus.
1. Ich stimme zu, dass meine Daten durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Praxis verarbeitet werden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind vertraglich zur Geheimhaltung verpflichtet.
  2. Diese Zustimmung erstreckt sich auch auf die Betreuung der Praxis-IT, welche sich unter anderem um die Sicherheit aller Daten als Ganzes kümmert. Verträge zur Geheimhaltung Ihrer Daten sind geschlossen.

### Einverständnis zur Datenverarbeitung zu Zwecken der Abrechnung

- Ich stimme zu, dass meine Daten zum Zwecke der Abrechnung von Leistungen an Dritte übergeben werden. Diese sind auf Geheimhaltung verpflichtet.

### Einverständnis zur Datenweitergabe an Dritte

- Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. an meine/n Hausärztin/ Hausarzt, andere Fachärzte, Optiker/innen, Apotheker/innen übermittelt werden.

### Einverständnis zur telefonischen Auskunft

- Sofern erforderlich kann mir die Praxis telefonisch Auskunft zu meinen eigenen medizinischen Belangen geben.  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Einverständnis zur Kontaktaufnahme per E-Mail

- Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich aus organisatorischen Gründen (**z.B. Terminvergabe/Terminerinnerung**) auf elektronischem Wege per E-Mail kontaktieren darf.

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

### Einverständnis zur Weitergabe von Informationen an Angehörige

- Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden dürfen, nachdem deren Identität am Telefon oder persönlich festgestellt wurde:

Name	Geburtsdatum	Verwandtschaftsgrad
_____	_____	_____

*Alle Einverständnisse können jederzeit widerrufen werden.*

Kronberg, den \_\_\_\_\_ Datum  
\_\_\_\_\_ Unterschrift