



Einverständniserklärungen Datenschutz nach der DSGVO (Stand Mai 2018)

Hiermit erkläre ich, _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Auftragslaboratorien* zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können (*auf Nachfrage nennen wir Ihnen gerne unsere kooperierenden Laboratorien)
- Unsere Studienabteilung (nur bei Studienteilnahme nach entsprechender Einholung der Einverständnis)
- GOSPL – Gesellschaft für Onkologische Studien, Praxismanagement und -logistik nutzt die Daten für die Rechnungserstellung für IGEL- und Privatpatient/in
- Kostenträger, Haus- und Facharzt/-in, Apotheke, Physiotherapeut/-in, Behörden

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

Ich erlaube hiermit dem Praxisnetzwerk Hämatologie/Onkologie persönliche Daten von mir bei anderen Institutionen im Gesundheitswesen (Praxen oder Krankenhäuser) anzufordern.

ja

nein

Folgende Personen dürfen zusätzlich zu meinen mit- und weiterbehandelnde/n Ärztin/Arzt Auskunft bzgl. meiner Daten einholen (Name + Telefonnummer):

Ich bin damit einverstanden, dass ich per Anruf oder E-Mail an meine Termine erinnert werde.

ja

nein

Persönliche Befunde dürfen unverschlüsselt an meine folgende E-Mail Adresse

_____ versendet werden.

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum / Unterschrift