

Datenschutzeinwilligung Patienten

Patient/in:

Name	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den folgenden Zweck durch die Praxis zu:

Wir verarbeiten Daten unserer Patienten und Vertragspartner. Hierzu gehören Bestands- und Stammdaten der Patienten (wie z.B., Name, Adresse, E-Mailadresse Telefon, usw.) sowie die Vertragsdaten (z.B., beanspruchte Leistungen, Produkte, Kosten, Namen von Kontaktpersonen, Versicherungs- und Krankenkassendaten) aber auch buchhalterische Daten (z.B., Bankverbindung, Zahlungshistorie, etc.).

In Zuge unserer ärztlichen Tätigkeiten, verarbeiten wir gegebenenfalls spezielle Daten gem. Art. 9 Abs. 1 DSGVO, d.h. z.B. Angaben zur Gesundheit der Patienten. Dies geschieht zu Zwecken der Gesundheitsvorsorge auf Grundlage des Art. 9 Abs. 2 lit h. DSGVO, § 22 Abs. 1 Nr. 1 b. BDSG.

Soweit es für die Vertragserfüllung notwendig oder gesetzlich erforderlich ist, übermitteln bzw. offenbaren wir die Daten der Patienten im Zuge eines fachlich kommunikativen Austauschs an medizinische Fachkräfte, Labore, Abrechnungsstellen, Inkasso sofern dies der Erfüllung unserer Leistungen gem. Art. 6 Abs. 1 lit b. DSGVO dient, bzw. gesetzlich gemäß Artikel 6 Abs. 1 lit c. DSGVO vorgeschrieben ist. Hier ist es das Ziel, den Interessen der Patienten an einer möglichst effizienten sowie kosteneffizienten Gesundheitsversorgung gem. Art. 6 Abs. 1 lit f. DSGVO zu dienen. Daneben auch wenn es gem. Art. 6 Abs. 1 lit d. DSGVO notwendig ist, lebenswichtige Interessen der Patienten bzw. einer anderen natürlichen Person zu schützen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

_____, den _____

Patient/in