

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass in der Hautarztpraxis Dr. med. Henriette Rheinen und Dr. med. Katja Keil meine Patientendaten / die meines Kindes erhoben und verarbeitet werden. Ein Informationsblatt zum Datenschutz lag in der Praxis zur Einsicht für mich aus. Ich konnte Rückfragen stelle:

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich / mein Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten / Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich / mein Kind betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte / Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ich stimme der Nutzung meiner Daten / der meines Kindes zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu.

Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.