

PRAXIS IRINA MUCHA

Claus-Harms-Str. 3, 25693 St. Michaelisdonn

Telefon: +49 152 3367 6240 | E-Mail: info@arztpraxis-irina-mucha.de

Website: www.arztpraxis-irina-mucha.de

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. Art. 13 DSGVO

Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen!

1. Patientendaten

Name, Vorname: _____

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte, Labore, Apotheken, Heime, Pflegedienste und unten aufgeführte Organisationen übermittelt bzw. eingeholt werden dürfen.

2. Empfänger der Daten

Apotheken

- ☐ Bitte führen Sie hier Ihre Apotheke auf:

Pflegeheime

- ☐ Bitte führen Sie hier Ihre Pflegeheime auf:

Pflegedienste

- ☐ Bitte führen Sie hier Ihre Pflegedienste auf:

PRAXIS IRINA MUCHA

Claus-Harms-Str. 3, 25693 St. Michaelisdonn

Telefon: +49 152 3367 6240 | E-Mail: info@arztpraxis-irina-mucha.de

Website: www.arztpraxis-irina-mucha.de

2. Empfänger der Daten

Andere Organisationen

☐ Bitte führen Sie hier Ihre anderen Organisationen auf:

3. Übermittlung von Laborproben

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor sowie an Speziallabore übermittelt werden dürfen.

4. Weitere Hinweise und Rechte des Patienten

- Hausbesuche nur nach Absprache und im Umkreis von 10 km möglich.
- Recht auf umfangreiche Auskunftserteilung über gespeicherte Daten.
- Möglichkeit zur Berichtigung, Löschung und Sperrung personenbezogener Daten.
- Widerruf dieser Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen möglich.

5. Weitergabe an Angehörige/Personen

Folgende Angehörige/Personen dürfen nach Feststellung der Identität meine Behandlungsdaten erhalten:

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters: _____