

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Es wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehungen, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

(I consent to this data protection declaration, which was presented to me today. I was allowed to ask questions.)

- über den Umfang und die Art meiner Daten (concerning the use of my data)

- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung (the legal basis of data processing)

- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen. (the possibility to disagree and the consequences of disagreeing)

Ich erkläre mich einverstanden, dass (I agree, that)

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können

(results concerning myself will be requested from other doctors and laboratories if necessary)

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore (z. B. Bioscentia), die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

(other doctors and laboratories will be informed about treatment data and results concerning myself,

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.

(I know that I can disagree with this declaration at any time. I am informed about the consequences of disagreeing).

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu folgenden Zwecken zu:

(I agree, that)

Ich bin mit einer Praxismail oder einem Telefonanruf zum Beispiel zur Information über Befunde oder Terminerinnerungen einverstanden.

to being informed about results concerning myself and to get appointment reminders by telephone or e-mail.)

Hiermit bestätige ich die Angaben:

(Herewith I confirm the statements)

Datum: (date)

Unterschrift: (signature)

(des Patienten/Erziehungsberechtigten)
(of patient/legal guardian)