



Einverständniserklärung Datenschutz

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** _____
(Name in Druckbuchstaben)

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass in der **Hautarztpraxis „Hautärzte am Markt“** meine Patientendaten im Rahmen der medizinischen Behandlung erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Diese Einwilligung bezieht sich auf:

Weitergabe und Anforderung von Patientendaten an/von Zuweisern gemäß § 73 Abs. 1b SGBV

Ich willige ein, dass meine Behandlungsdaten und Befunde durch die o.g. Hautarztpraxis an meinen genannten Hausarzt zu Dokumentation und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden können.

Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (z.B. Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Ich bin einverstanden, dass bei meinem bekannten Hausarzt vorliegende Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, durch die o.g. Hautarztpraxis angefordert werden können.

Darüber hinaus bin ich einverstanden, dass alle von mir genannten Ärzte, die an meiner Behandlung beteiligt sind, die erforderlichen Informationen/Entlassbriefe über meine Behandlung erhalten.

Nutzung von Doctolib/Online-Terminvereinbarung

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten zur Online-Terminvereinbarung und -Verwaltung über Doctolib verarbeitet werden. Ich stimme der Nutzung des Doctolib-Services ausdrücklich zu und erhalte automatische Terminbestätigungen und Erinnerungen per E-Mail oder SMS.

Doctolib verpflichtet sich zur Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen.

Recall-Service

Ich willige ein, dass die Praxis mich in regelmäßigen Abständen an empfohlene Kontroll- oder Nachsorgetermine erinnert (Recall-Service), z. B. per E-Mail, SMS, Telefon oder Doctolib.

Kontaktaufnahme per E-Mail

Ich willige ein, dass die Praxis mich per E-Mail kontaktiert, um Informationen im Zusammenhang mit meiner Behandlung, Terminen oder organisatorischen Angelegenheiten zu übermitteln.

Verwendung von Patientenfotos

Ich willige ein, dass Patientenfotos im Rahmen der medizinischen Dokumentation angefertigt und gespeichert werden dürfen. Diese Fotos dienen ausschließlich medizinischen Zwecken und werden nicht zu Werbezwecken genutzt.

Widerrufsrecht

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Zustimmung durch den Betroffenen

Hiermit versichere ich als Unterzeichnende/r, der Erhebung und der Verarbeitung meiner Daten durch die Facharztpraxis **„Hautärzte am Markt“** freiwillig zuzustimmen.

☒ Ich stimme allen Punkten ausdrücklich zu

Datum: _____ **Unterschrift Patient/in:** _____
(Bei minderjährigen Patienten, Name in Druckbuchstaben und Unterschrift der/des Sorgeberechtigten)