

Urologie Nymphenburg

Dr. med. F. Thein, Dr. med. J. Kruse

Rosa-Bavarese-Str. 1

80639 München

Tel: 089-15002015

Einwilligung/Datenschutz DSGVO vom 25.05.2018

Für Name: _____ Vorname: _____ geb: _____

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

bzgl. der neuen Datenschutzverordnung (DSGVO), welche am 25.05.2018 in Kraft tritt, sind wir verpflichtet für sämtliche Vorgänge, welche wir in ihrem Sinne vornehmen, Einwilligungen einzuholen.

Mit „X“ gekennzeichnete Markierung/Einwilligung und ihrer Unterlagen willigen Sie in die Datenweitergabe/Verarbeitung ein.

() **Einwilligung zur Befundübermittlung an externe Ärzte auch *Hausarzt/Krankenhäuser***

Hiermit willige ich einer unverschlüsselten Datenübermittlung (Fax/Brief) durch die Urologie Nymphenburg Dr. Thein und Kollegen ein.

() **Einwilligung zur Befundanforderung von anderen Ärzten und Krankenhäusern**

Hiermit willige ich einer Befundanforderung durch die Urologie Nymphenburg Dr. Thein und Kollegen meiner mitbehandelnden Kliniken, Ärzte/Labore ein.

() **Einwilligung Labor Dr. Staber & Kollegen und kooperierende Speziallabore**

Hiermit willige ich einer Proben- und Datenübermittlung an das externe Labor Dr. Staber & Kollegen durch die Urologie Nymphenburg Dr. Thein und Kollegen und eine Befundübermittlung durch das o.g. Labor per DFÜ ein.

() **Schweigepflichtsentbindung für Angehörige**

Hiermit bestätige ich, dass die Urologie Nymphenburg Dr. Thein und Kollegen gegenüber

Name: _____ Vorname: _____ geb: _____

Name: _____ Vorname: _____ geb: _____

von der Schweigepflicht entbinde. Er darf im Zusammenhang mit meiner Erkrankung sämtliche Auskünfte geben.

!!!!!!!!!!!!!! B I T T E W E N D E N!!!!!!!!!!!!!!

Urologie Nymphenburg

Dr. med. F. Thein, Dr. med. J. Kruse

Rosa-Bavarese-Str. 1

80639 München

Tel: 089-15002015

() Datenschutz

Gerne möchten wir Sie unterstützen, wenn sie z.B. Rezepte oder eine Überweisung nicht selbst abholen können. Wir möchten dies aber nicht ohne Ihr Einverständnis tun und Ihre Daten schützen. Bitte nennen sie uns eine/mehrere Vertrauensperson/en, die sowohl Rezepte/Überweisungen oder ggf. Terminauskünfte oder Anwesenheitsauskünfte über Sie von unserer Praxis einholen dürfen. Die Urologie Nymphenburg Dr. Thein und Kollegen und Mitarbeiter dürfen an:

Name: _____ Vorname: _____ geb: _____

Name: _____ Vorname: _____ geb: _____

() Rezepte holen () Überweisungen abholen () Info über Arzttermine/Anwesenheiten

Bitte informieren Sie uns über Änderungen der o.g. Angaben

Möchten sie eine Kopie der Einwilligung ?

() Ja

() Nein

Diese Einwilligung/en sind freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft in schriftlicher Form widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten)

Bei Minderjährigen Patienten bitte wir um Einwilligung der Erziehungsberechtigten