

Frauenarztpraxis
Frau Khamlane YINNAVONG
Fachärztin für Gynäkologie und
Geburtshilfe
Marienstr. 27
03046 Cottbus
www.frauenarztpraxis-khamlane-yinnavong.de

Pat.-ID: _____

Datenschutz und die Einwilligung für die Datenübermittlung

Hiermit stimme ich, Frau, geb. am, der Aufnahme, Dokumentation und Verarbeitung meiner Daten zu.

Die personenbezogenen Daten sind Name, Telefonnummer, Emailadresse, Geburtsdatum, (Vor)Diagnosen, anamnestischer Hintergrund zur Familien- und eigenen Krankheitsgeschichte. Diese Daten dienen der Auftragsbearbeitung zu medizinischen Untersuchungen, Indikationsstellung medizinischer Untersuchung, Art der Untersuchung, Diagnosestellung, Terminvereinbarung, Terminerinnerung, Mitteilung des Befundes, Rückfragen unklarer Sachlage, Rezeptzusendung, Rechnungszusendung, Mahnwesen, Inkassowesen, Geburtstagsgrüße und sonstige Kommunikation.

Das Personal der Frauenarztpraxis Khamlane Yinnavong hat Einsicht in diese Daten. Alle Mitarbeiterinnen sind laut der unterschriebenen Schweigepflichterklärung zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Ich habe das Recht auf Auskunft über die betreffenden personenbezogenen Daten, auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch gegen die Verarbeitung und Datenübermittlung.

Ich erteile mit meiner Unterschrift die Einwilligung zu der Datenübermittlung zwischen der Frauenärztin Khamlane YINNAVONG in Marienstr. 27 in 03046 Cottbus, den beauftragten Laboren, meiner Krankenkasse und den weiteren mitbehandelnden Ärzten. Diese Daten sind vertraulich und werden ohne meine ausdrückliche Zustimmung nicht übermittelt. Diese Einwilligung kann ich jede Zeit widerrufen. Zur Einholung der bereits erhobenen Daten bei den mitbehandelnden Ärzten bzw. Laboren ist meine Erlaubnis notwendig. Ich unterschreibe dazu eine Schweigepflichtentbindungserklärung.

Cottbus,
.....

Unterschrift

Ich bin mit der Übermittlung des in der Frauenarztpraxis erhobenen Befundes zum überweisenden Arzt einverstanden.

Cottbus,
.....

Unterschrift

Ich möchte, dass die Frauenarztpraxis Khamlane Yinnavong an den folgenden Angehörigen meine gesundheitlichen Informationen weitergibt, deren eindeutige Identitätsfeststellung vorausgesetzt ist.

.....
Vorname, Nachname und Geburtsdatum des Angehörigen

Cottbus,
.....

Unterschrift

Ich möchte nicht vor jeder Datenübermittlung bzw. Dateneinholung gefragt werden. Meine Einwilligung dazu gilt auch zukünftig bis zum Widerruf.

Cottbus,
.....

Unterschrift

Ich stimme der Datenübermittlung nicht zu.

Cottbus,
.....

Unterschrift