Dr. Schubert & Dr. Wißmann
AUGENÄRZTINNEN AM LINDSCHARREN

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich (Vorname, Nachname)

_____

erkläre mich einverstanden, dass in der Augenarztpraxis Dr. Schubert meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten,
- über die Rechtsgrundlage der Verarbeitung,
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

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

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

- wenn erforderlich – und durch meine gesonderte Einverständniserklärung bestätigt – mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und Abrechnung im Rahmen der IVOM-Strukturverträge an die QMBW GmbH der AOK Baden-Württemberg oder den Bundesverband Deutscher Ophthalmochirurgen (BDOC) weitergeleitet werden.

OPTIONAL

☐ Ich willige ein, dass mich die Augenarztpraxis Dr. Schubert telefonisch, postalisch oder per Mail über Behandlungsabläufe und Vorsorgeuntersuchungen (Recall) informiert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf kann per E-Mail unter datenschutz@lindscharren.de oder postalisch erfolgen. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

AUGENÄRZTINNEN AM LINDSCHARREN Dr. Kirstin Schubert & Dr. Andrea Wißmann
Am Lindscharren 4–6 // 76275 Ettlingen // Fon 07243 12967 // augenarzt@lindscharren.de

014_01/2020