
Einwilligungserklärung Datenverarbeitung

zwischen _____
(Vorname, Nachname, Geburtsdatum)

und der Radiologie Elmshorn MVZ GmbH, Kurt-Wagener-Str. 4, 25337 Elmshorn

Sehr geehrte/r Patient/in,

wir möchten Sie optimal behandeln und die Verarbeitung Ihrer Daten ist eine Wichtige Voraussetzung dafür. Datenübermittlungen an Personen und Stellen außerhalb der Radiologie Elmshorn MVZ GmbH erfolgen nur auf gesetzlicher Grundlage. Alle übrigen Datenübermittlungen bedürfen Ihrer ausdrücklichen schriftlichen Einwilligung.

Erläuterungen zu diesen Datenübermittlungen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung.

Die folgenden Datenübermittlungen entsprechen dem Wunsch der meisten Patientinnen und Patienten, bitte ankreuzen:

- Behandlungsdatenübermittlung inkl. Vorbefunde von und zur Hausarztpraxis und anderen Behandlern. Wenn ja, an wen:

Sie können uns mitteilen, dass Sie einzelne oder alle der vorgenannten Einwilligungen nicht erteilen möchten und bereits erteilte Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch eine Nachricht an uns widerrufen. Bei fehlender oder widerrufenen Einwilligung einzelner Punkte ist möglicherweise nur eine Notfallbehandlung möglich.

Für Rückfragen steht Ihnen unser Praxisteam sehr gerne zur Verfügung.

Ich bin mit der Datenschutzerklärung vertraut gemacht worden und willige ein. Besondere Wünsche im Umgang mit meinen Daten werde ich ausdrücklich äußern.

Elmshorn, den _____
(Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in)

Hinweis: Es kann immer etwas dazwischenkommen und wenn Sie einen mit uns vereinbarten Termin nicht einhalten können, sagen Sie diesen möglichst frühzeitig, d.h. spätestens 24 Stunden vorher, ab. Verspätet abgesagte Termine können wir nicht mehr vergeben und behalten uns vor, eine Ausfallgebühr in Rechnung zu stellen.

(Stand 24.09.2024)