

Einwilligungserklärung Datenverarbeitung

Zwischen _____
(Vorname, Nachname, Geburtsdatum)

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

Sehr geehrter Patient,

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. Ich erteile mein Einverständnis zur Anforderung und Übermittlung von Bildmaterial und Befunden von und an die mich behandelnden Ärzte.

Alle übrigen Datenübermittlungen bedürfen Ihrer ausdrücklichen schriftlichen Einwilligung.

Erläuterungen zu diesen Datenübermittlungen finden Sie in unserer Datenschutzerklärung in unseren Wartezimmern.

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: In diesem Zusammenhang möchten wir Sie auch darauf hinweisen, dass die Aushändigung Ihrer Behandlungsdaten an Dritte (auch Ehegatten oder Verwandte) nur erfolgen kann, wenn uns hierfür eine schriftliche Einverständniserklärung von Ihnen vorgelegt wird. Sollten Sie Dritte z.B. mit der Abholung einer CD, Bilddokumentation oder eines schriftlichen Befundes beauftragen, sorgen Sie bitte vorab dafür, dass uns Ihre schriftliche Einverständniserklärung vorgelegt wird. Diese kann formlos sein, muss aber das **Einverständnis, Ihre Unterschrift und eine Kopie Ihres Personalausweises oder Ihrer Versichertenkarte enthalten**. Die Aushändigung erfolgt nur, nachdem die **Identität des Bevollmächtigten überprüft wurde (z.B. durch den Personalausweis)**.