

Erklärung zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz möchten wir Sie auf folgende Punkte hinweisen.

1. Datenspeicherung

Unsere Berufsausübungsgemeinschaft dokumentiert Ihre persönlichen Daten in einem praxisinternen Datenverarbeitungssystem. Wir sind gesetzlich verpflichtet, diese Daten für mind. 10 Jahre aufzubewahren. Alle Mitarbeiter*Innen der Praxis sowie der betreuende EDV-Spezialist sind gemäß § 203 des Strafgesetzbuches zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.

2. Befundaustausch mit vor- und nachbehandelnden Ärzten/Ärztinnen

Ihre Behandlung wird unterstützt durch eine enge Zusammenarbeit zwischen vor- oder nachbehandelnden Ärzten/ Ärztinnen wie z.B. dem überweisenden Hausarzt/Hausärztin oder weiterbehandelnden Kliniken. Wir bitten Sie daher um folgendes Einverständnis (bitte ggf. durchstreichen):

Ich bin damit einverstanden,

- dass die Praxis Drs. Bauer und Dörflinger gemäß §73, 1b SGB V bei den **von mir genannten vorbehandelnden Ärzten/Ärztinnen** (Haus- oder Fachärzte, Kliniken) Vorbefunde zum Zwecke der weiteren Behandlung einholt;
- dass die bei mir erhobenen Befunde per Fax **an folgende Ärzte/ Ärztinnen** geschickt werden dürfen:

- dass Informationen zum Krankheitsbild im erforderlichen Umfang an die mit uns kooperierenden Labore und ggf. weiterbehandelnde Kliniken übermittelt werden. (Unsere üblichen Kooperationspartner sind das MVZ Clotten Freiburg, Gemeinschaftspraxis für Pathologie Drs. Hellerich, Nährig, Mattern, sowie Institut für Mikrobiologie der Uni Frbg.)

3. Informationsweitergabe an Angehörige oder Vertraute

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Drs. Bauer und Dörflinger Informationen an meine(n) folgende(n) Angehörigen / Vertrauten weitergibt, sofern deren/dessen Identität festgestellt wurde:

Name der/des Angehörigen/Vertrauten	Adresse	Telefonnummer
--	----------------	----------------------

Ich habe die Informationen über die Datenspeicherung gemäß Punkt 1 zur Kenntnis genommen und erteile mein Einverständnis zur Befundweitergabe wie unter Punkt 2 und 3 beschrieben. Diese Einwilligung kann jederzeit ganz oder in Teilen widerrufen werden.

Freiburg, den