***Datenschutzerklärung***

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck:

* Der Verarbeitung von Daten bei Erstkontakt zur Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge und Überweisungen an Spezialisten,
* Die Verarbeitung von Gesundheitsdaten, die für die Behandlung und die Erfüllung der gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben notwendig sind,
* Der gesetzlich vorgeschrieben Dokumentationspflicht durch Archivierung und Verwaltung der erhobenen Gesundheitsdaten in Form von Patientendateien,
* Der ordnungsgemäßen Dokumentation der erfolgten Diagnostik und Behandlung

durch die Praxis.

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer Praxis elektronisch gespeichert; sie unterliegen den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundes-datenschutzgesetz (BDSG)).

Eine Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten liegt im

Wartezimmer zur Einsichtnahme aus. Bitte bestätigen Sie uns den

Erhalt der Information / die Kenntnisnahme der Information durch Ihre Unterschrift.

Die im Zusammenhang mit dem Behandlungsverhältnis verarbeiteten Daten werden gemäß den gesetzlichen Vorgaben aus dem Patientenrechtegesetzt (BGB) und der Berufsordnung sowie der Abgabeordnung (Steuer) für die Dauer von 10 Jahren gespeichert.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort; Datum Unterschrift der Patientin/des Patienten