

Praxis
Dr. med. Ende
Würzburger Str. 17
96049 Bamberg
Tel.: 0951/52001
Fax: 0951/52003



DATENSCHUTZVEREINBARUNG UND SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Ich erkläre mich hiermit damit einverstanden, dass

- die Praxis Dr. Ende mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- die Praxis Dr. Ende mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.
- meine Daten intern allen Ärzten und Mitarbeitern der Praxis Dr. Ende offen gelegt werden, insofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Ärzte und Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Mir ist bekannt, dass meine Behandlungsdaten in der Arztpraxis Dr. Ende gespeichert werden. Alle Mitarbeiter der Praxis Dr. Ende haben Zugriff auf diese Daten. Ich wurde auf die allgemeine Patienteninformation der Praxis Dr. Ende zum Datenschutz hingewiesen und habe Kenntnis genommen. Genauere Informationen befinden sich im Aushang sowie auf der Homepage www.praxis-dr-ende.de

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass Informationen an folgende Angehörige weitergegeben werden, nachdem deren Identität zweifelsfrei festgestellt wurde:

(Bitte streichen, falls keine Angabe)

Dies gilt auch für durch mich beauftragtes Abholen z.B. von Rezepten und anderen Unterlagen.

Mit der Kontaktaufnahme durch die Praxis Dr. Ende zur Erinnerung an Impf- und Untersuchungstermine sowie Mitteilung von Befunden erkläre ich mich einverstanden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum	Name	Geburtsdatum	Unterschrift
-------	------	--------------	--------------

Version: 2	Erstellt: Barbara	Seite:
Stand: 25.07.18	Freigegeben: Dr. med. Christoph Ende	