

Name, Vorname			Geb.-Datum	
Straße		Hausnummer	PLZ	Ort
Telefon		Mobil		
Krankenkasse	Beruf	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert	<input type="checkbox"/> Kosten-erstattung	<input type="checkbox"/> privat versichert
E-Mailadresse		<input type="checkbox"/> arbeitssuchend	<input type="checkbox"/> krank geschrieben	<input type="checkbox"/> berentet

Ich bin damit einverstanden,

dass in der Hausarztpraxis Dr. med. Robin Schumacher, Sankt-Anna-Str. 11, 33415 Verl meine Daten zu folgenden Zwecken im Bedarfsfall erhoben, verarbeitet und genutzt werden, sowie an:

- die Krankenkasse
- den überweisenden Arzt
- den Hausarzt (im Vertretungsfall)
- das Labor Krone, Siemensstraße 40, 32105 Bad Salzuflen
- die MVZ DIAMEDIS Diagnostische Medizin Sennestadt GmbH, Dunlopstr. 50, 33689 Sennestadt
- Arbeitsgemeinschaft Ostwestfälischer Ärzte GBR Dunlopstr. 50, 33689 Bielefeld (Labor)
- Privatärztliche Teil-Gemeinschaftspraxis Bielefeld GbR, Deckertstr. 54, 33617 Bielefeld (Labor)
- die Bärenapotheke, Gütersloher Str. 35, 33415 Verl
- die Fürst-Wenzel-Apotheke, Paderborner Str. 442, 33415 Verl
- die Marktapotheke, Bahnhofstr. 8, 33415 Verl
- die Neue Apotheke, Wilhelmstr. 1, 33415 Verl
- die Westfalenapotheke, Paderborner Str. 8, 33415 Verl
- die Apotheke an der Universität Jakob-Kaiser-Straße 3, 33615 Bielefeld
- die Auftragsdatenverarbeiter der Praxis:
 - Zollsoft GmbH, Engelplatz 8, 077443 Jena (Software)
 - Merlin GmbH Informationstechnologie & Vertrieb, Westring 3, 33415 Verl

weitergegeben oder übermittelt und dort ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden.

- Pflege der elektronischen Patientenkartei
- Erfüllung des Behandlungsvertrags
- Kontakt mit dem Patienten (z. B. Terminvereinbarungen, Absage von Terminen, Erinnerung an Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, etc.)
- Abrechnung erbrachter Behandlungen mit der Krankenkasse oder dem Patienten
- Erstellen von Behandlungsberichten

Aufgrund gesetzlicher Vorschriften § 10 BO der ÄKWL, § 630f BGB sind die ärztlichen Unterlagen für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Um eine reibungslose ärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/Therapeuten genutzt werden.



Unterschrift des/ der Patienten/-in _____ (Sorgeberechtigte/r)

Information und Widerrufbarkeit

Ich bin darüber informiert und darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann
- mit der Folge, dass z. B. der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/ nicht zustande kommt oder die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann
- Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener

Daten zu verlangen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Hausarztpraxis Dr. med. Robin Schumacher, Sankt-Anna-Str. 11, 33415 Verl

Tel: 05246/3510

E-Mail: praxis@robin-schumacher.de

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung durch die Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.



**Unterschrift des/ der Patienten/ in
(Sorgeberechtigte/r)**

Ort, Datum