



Patientenerklärung

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Adresse: _____
Telefonnummer: _____

Um die Behandlung durchzuführen, ist die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (wie z.B. Ihres Namens, Ihrer Adresse, Ihrer Telefonnummer usw.) erforderlich.

Die von Ihnen angegebene Telefonnummer verwenden wir zur Kommunikation, um Sie z.B. über Terminänderungen oder -absagen zu informieren oder Sie per Textnachricht an den vereinbarten Termin zu erinnern.

Weitere Informationen zum Umgang mit Ihren Daten finden Sie auch auf unserer Website unter dem Menüpunkt „Datenschutz“. Dort finden Sie auch die Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten und Informationen über Ihre datenschutzrechtlichen Rechte.

Nachstehend erteilen Sie uns Ihre erforderliche Einwilligung in die Verarbeitung von Daten. Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Bereiche an.

- Ich willige ein, dass meine **Patientenakte** der früheren Praxis MVZ Dres. med. Lenk und Strohmaier PartG in die MVZ Diagnostische Radiologie Stuttgart GmbH übernommen wird, damit meine alten Behandlungsdaten und Befunde genutzt werden können.
- Ich willige ein, dass meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen mich weiterbehandelnden Arzt (**Nachbehandler**) zur Durchführung der weiteren Behandlung übermittelt werden. Ich habe den Nachbehandler bereits ermächtigt, sich direkt mit dem MVZ Diagnostische Radiologie Stuttgart GmbH in Verbindung zu setzen und meine Daten und Befunde anzufordern.
Ich entbinde insoweit die mich behandelnden Ärzte der MVZ Diagnostische Radiologie Stuttgart GmbH von der ärztlichen Schweigepflicht, damit die Übermittlung der Daten erfolgen kann. Die Übermittlung erfolgt unter strikter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften zum höchstmöglichen Schutz meiner Daten.

Diese Einwilligung erteile ich freiwillig. Ich bin über den Zweck der Einwilligung und die weitere Verarbeitung der Daten ausreichend informiert und habe alles verstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum,

Unterschrift

Hinweis/Information:

Damit Sie jederzeit auf Ihre medizinischen Bilder (Röntgen, MRT, CT, Ultraschall usw.) zugreifen und mit anderen teilen können (Ärzte, Therapeuten, Heilpraktiker usw.), erhalten Sie von uns einen persönlichen Zugangscodes zu unserem Patientenportal.

Bitte bewahren Sie diesen Code sicher auf und schützen ihn vor unbefugtem Zugriff.

Ihre Daten werden in einem besonders zertifiziertem Rechenzentrum gespeichert und sind nur mit Ihrem persönlichen Zugangscodes und weiteren Sicherheitsdaten einsehbar (sog. Public- und Private-Key-Verfahren).

Das Rechenzentrum wird von unserem Datenschutzbeauftragten regelmäßig auditiert und genügt den strengen Anforderungen der Datenschutzgrundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes, damit Ihre Daten absolut sicher und geschützt sind und Sie jederzeit ungehinderten Zugriff auf Ihre Daten haben.