

# Datenschutzerklärung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die Gemeinschaftspraxis Dres. med. Brekle und Rasch von der Schweigepflicht entbunden wird und Auskünfte oder Berichte über mich an

- Fachärzte/Krankenhäuser
- meine Krankenkasse/Gesundheitsamt/Versorgungsamt.

**folgende Personen:**  
**(Bitte hier Angabe der berechtigten Personen mit Vorname, Nachname)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

weitergeben darf.

- Diese dürfen nach Ermessen der Praxis auch per E-Mail versandt werden.
- Ich stimme der Nutzung eines Recallsystems zu.  
(Erinnerung an Laboruntersuchungen., Impfungen etc., wenn Sie es wünschen)
- An folgende Personen dürfen von mir bestellte Unterlagen wie z.B. Rezepte oder Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen abgegeben werden:**  
*(Eine Aushändigung von bestellten Unterlagen an Dritte ist nur möglich, wenn diese hier mit Vor- und Nachnamen genannt werden!!! Bei Bedarf Rückseite benutzen!)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Es dürfen von mir bestellte Unterlagen wie z.B. Rezepte an die von mir genannte Apotheke abgegeben oder versandt werden.
- Außerdem bin ich damit einverstanden, dass ich namentlich aus dem Wartezimmer aufgerufen werde.
- Alle patientenbezogenen Daten inkl. dieses Formulars verbleiben in meiner Patientenakte und werden möglicherweise länger als 10 Jahre aufbewahrt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift