Patienteninformation zum Datenschutz und Einwilligung zur Kontaktaufnahme

Um Sie möglichst gut behandeln zu können, ist es notwendig, Sie unkompliziert kontaktieren, informieren und Daten austauschen zu können. Wir bieten Ihnen an, Sie zu benachrichtigen, um Termine zu vereinbaren, Untersuchungen vorzubereiten und Schulungen zu planen.

Wenn Sie mit der telefonischen Kontaktaufnahme einverstanden sind, setzen Sie bitte ein Häkchen an der entsprechenden Stelle und geben Ihre Telefonnummer an.

Sofern Sie auch mit der Kontaktaufnahme und dem Datenaustausch über Whatsapp einverstanden sind, setzen Sie bitte auch hier ein Häkchen. Whatsapp arbeitet mit einer sicheren Ende-zu-Ende-Verschlüsselung. Kontaktdaten aus Ihrem Smartphone werden auf die Plattform hochgeladen, um eine Verbindung zwischen Nutzern der App herstellen zu können. Der Betreiber kann vom Inhalt der Nachrichten nichts erfahren und bekommt nur von der Tatsache einer kommunikativen Verbindung Kenntnis.

Kontaktaufnahme und Datenaustausch sind auch per E-Mail möglich. Wir möchten Sie darüber aufklären, dass bei Versendung von Daten per E-Mail eine für den Datenschutz hinreichende Verschlüsselung nicht möglich ist. Sowohl E-Mails als auch Anhänge werden unverschlüsselt übersandt. Mit Ihrem Kreuz und der Angabe Ihrer E-Mail-Adresse in Verbindung mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis mit der Korrespondenz per E-Mail. Damit entbinden Sie die Praxis diesbezüglich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Praxis Dr. Keuthage darf mich auf diesen Wegen kontaktieren und Daten austauschen:

O telefonisch über diese Nummer: _____

O per Whatsapp über diese Nummer: _____

O per E-Mail über diese E-Mail-Adresse: _____

Über die Sicherheit des Datenaustausches über die o.g. Wege bin ich aufgeklärt worden. Ich willige ein, dass ich auf den von mir angekreuzten Wegen kontaktiert und auf diesem meine Daten übermittelt werden dürfen. Die Einwilligung kann schriftlich widerrufen werden.

Ich bin darüber hinaus aufgeklärt worden, zu welchem Zweck meine Daten erhoben, gespeichert oder weiterleitet werden. Ich wurde über meine Rechte bezüglich des Datenschutzes in Kenntnis gesetzt. Die entsprechende Patienteninformation zum Datenschutz (Version 12.04.2019) habe ich gelesen und verstanden.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

_____

Name, leserlich