



Daniele Weißenbach

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe

Kirchstraße 12

44532 Lünen

Die Sicherheit Ihrer Daten und Ihrer Privatsphäre sind uns sehr wichtig. Mit Inkrafttreten der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) **ab dem 25. Mai 2018** haben wir unsere Datenschutzerklärung neu gefasst.

Wir bitten Sie, die Erklärung gründlich zu lesen diese unterschrieben abzugeben. **Bitte beachten Sie die zweite Seite.**

Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gemäß §73 Abs. 1b SGB V

Name, Vorname:

Geburtsdatum:.....

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten intern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Alle Mitarbeiter der Praxis sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Ärzte der Praxis D. Weißenbach meine Behandlungsdaten und Befunde oder Verordnungen und Rezepte:

- An meinen Hausarzt und/oder an einem anderen überweisenden Arzt oder ein Krankenhaus übermitteln dürfen.
- An Laborgemeinschaften und Abrechnungsstellen übermittelt werden dürfen.
- Bei anderen Ärzten oder Krankenhäusern anfordern können, um sie für meine Behandlung zu nutzen.
- Bei Notwendigkeit an Therapeuten und Apotheken übermittelt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Unsere Praxis wird nach dem **Bestellsystem** geführt.

Das bedeutet, dass die vereinbarte Zeit (Ihr Termin) ausschließlich für Sie geblockt ist.

Diese Vereinbarung dient dem Vermeiden von langen Wartezeiten für Sie und einer verbesserten Organisation für uns.

Wenn Sie den vereinbarten Termin **nicht einhalten können**, sagen Sie diesen bitte bis **spätestens 24 Stunden vorher ab**.

Wenn Sie den Termin **nicht rechtzeitig absagen**, können wir die vorgesehene Zeit und die Vergütung in Form eines **Ausfallshonorars in Rechnung stellen**, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden.

Ort, Datum

Unterschrift d. Patienten/ gesetz. Vertreters

