

Dr. med.  
 STEFANIE LOTT

 Dr. med.  
 THOMAS HIRN

 Dr. med.  
 MATTHIAS WAGNER

## EU-Datenschutz-Grundverordnung

(bitte ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und zur Praxis mitbringen)

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

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,** der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet.

**ZWECK DER DATENVERARBEITUNG:** Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund einer medizinisch notwendigen Maßnahme. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnese, Diagnose, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann keine sorgfältige Behandlung erfolgen.

**EMPFÄNGER IHRER DATEN:** Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Auch wenn für die u. g. Dritten, für die heutige Behandlung keine aktuelle Indikation besteht, brauchen wir generell Ihre Zustimmung für die Zukunft. Wir arbeiten unter anderem mit Labor Limbach und Pathologie/Histologie Haag en zusammen.

### HIER BITTE Ja oder Nein ANKREUZEN

ACHTUNG! Bei Nein müssen Sie sich selbst um Ansprechpartner und Organisation kümmern!

- |  |                             |                               |                           |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| • Krankenhäuser/Elisee Klinik<br>(hier operieren wir!) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | • Haus- und Fachärzte    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Physiotherapeuten                                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | • Psychotherapeuten       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Altenpflegeheime                                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | • Orthopädietechniker    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Motorschienen/-stühle Fa. G&F                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | • Tensgerate Fa. Revimed | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Terminerinnerung<br>per Mail oder SMS? („Samedi“)    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |                           |                             |                               |

Bei Ja: E-Mail: \_\_\_\_\_ Mobil-Nr.: \_\_\_\_\_

Wir übermitteln Dritten (s.o.) per Post, Mail oder Fax, hier besteht ein gewisses Restrisiko.

Ich stimme dem Übertragungsweg per Mail und Fax zu:  Ja  Nein

- Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte in meinem Namen unter Vorlage des Ausweises von folgenden Personen abgeholt werden dürfen:

Namen: \_\_\_\_\_

- Ich bin damit einverstanden, dass zusätzlich zu mit- und weiterbehandelnden Ärzten folgende Personen telefonisch Auskunft zu meinen Daten gegeben werden darf:

Namen: \_\_\_\_\_

### IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Bis auf Widerruf gilt diese Zustimmung auch für weitere Behandlungen.

Nürnberg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreters \_\_\_\_\_