

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

zwischen

Orthopädische Privatpraxis Dr. med. Sebastian Güth

Hauptstraße 88, 77652 Offenburg

Telefon: 0781/125502901

E-Mail: praxis@dr-gueth.de

(im Folgenden „Behandler“ genannt)

und

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

(im Folgenden „Patient“ genannt)

1. Zweck der Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass die oben genannte Praxis meine personenbezogenen Daten (Name, Kontaktdaten, Gesundheitsdaten etc.) zum Zwecke der Durchführung und Dokumentation der medizinischen Behandlung, der Abrechnung sowie der Kommunikation (z. B. Terminvereinbarung, Rückfragen) erhebt, verarbeitet und speichert.

2. Rechtsgrundlage

Die Verarbeitung erfolgt auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. a, b und c sowie Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO.

3. Weitergabe an Dritte

Ich willige ein, dass meine Daten, soweit dies zur weiteren Behandlung oder Abrechnung erforderlich ist, an nachbehandelnde Ärzte, Labore, Krankenkassen, Abrechnungsstellen oder andere berechnigte Stellen weitergegeben werden dürfen. Eine darüber hinausgehende Weitergabe erfolgt nur mit meiner ausdrücklichen Zustimmung.

4. Dauer der Speicherung

Die Daten werden entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert und anschließend gelöscht, sofern keine weitere gesetzliche Pflicht zur Speicherung besteht.

5. Widerruf

Ich kann diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt hiervon unberührt.

6. Weitere Informationen

Weitere Informationen zum Datenschutz und meinen Rechten finde ich in der Datenschutzerklärung der Praxis.

Offenburg, den _____

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Behandlers