

DATENSCHUTZ, EMAIL, TERMINAUSFALL



Proktologisches Institut Stuttgart

Proktologisches Kompetenzzentrum (BCD)

Name:

Email:

Datenschutz

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, bzw. angeboten, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte, über

- den Umfang und die Art meiner Daten
- die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (z.B. Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Email

Ich bestätige die Richtigkeit der o.g. Email-Adresse und werde Änderungen umgehend mitteilen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass mir Rechnungen, Termine oder Ähnliches per E-Mail zugeschickt werden dürfen. Diese Dokumente sind grundsätzlich den Papierdokumenten gleichgestellt. Mir ist bekannt, dass die Übermittlung von Daten per Email stets das Risiko birgt, dass diese von Dritten unerlaubt abgefangen, entschlüsselt und gelesen werden könnten. Für diesen Fall kann die Praxis für einen etwaigen Datenschutzverstoß oder eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht nicht haftbar gemacht werden.

Terminausfall

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass meine Behandlungstermine exklusiv für mich reserviert sind. Ich verpflichte mich bei Verhinderung einen vereinbarten Termin mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Bei selbstverschuldeter, kurzfristiger Terminabsage oder unentschuldigtem Fernbleiben von einem Behandlungstermin kann mir eine Gebühr von 50 Euro bzw. bei Versäumnis eines OP- bzw. Eingriffstermins eine Gebühr von 200 Euro privat in Rechnung gestellt werden, sofern der Termin nicht anderweitig vergeben werden kann.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Datum, Unterschrift:

.....