

## Datenschutzerklärung:

Sehr geehrter Patientin, sehr geehrter Patient, der Schutz ihrer Daten ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlung verhält dieses bitte Ihnen dürfen wir ihre Daten erheben und verarbeiten. Um ihre Daten im Zusammenhang mit ihrer Behandlung ein weiterer Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Laboren) übermitteln (z.B. mittels Arztbrief) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es ihre Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Milzbrands und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Andernfalls mussten wir Sie bitten, die Daten wird eine Leistungserbringer zu übermitteln oder von diesen einzuholen. Wir weisen Sie darauf hin dass auf Basis der genannten Dokumente einen Rückschluss auf ihr Krankheitsbild zulässt. Ihre Einwilligung konnten Sie uns im folgenden erteilen:

Hiermit willige ich,

Name:-----

Geburtsdatum:-----

Adresse:-----

Telefonnummer:-----

Emailadresse:-----

ein, dass meine Person bezogene Daten (z.B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die Behandlung bei Avicenna Praxis, Frau Fedra Hayeri-Vafakhah, Arnulfstr Straße 22,40 von 4 5 Düsseldorf, zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstige ärztlichen Versorgung lückenlose Dokumentation in den erforderlichen Umfang an

- Weiterbehandelnde Ärzte
- Medizinischer Einrichtungen unter anderem Krankenhäuser, Kliniken, Praxen, MVZ
- Labor
- weitergegeben dürfen.
- Von diesen über meine Behandlung dort im erforderlichen Umfang eingeholt werden dürfen. Mir ist bekannt dass ich dieser Einwilligung gegenüber der Ärztin jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft, bisherige Datenweitergabe bleiben rechtmäßig.

-----, den----- Ort, Datum

Unterschrift

