

## Einwilligung in der Datennutzung zu folgenden Zwecken

**Ja** Ich willige ein, dass das MVZ Dermatologie an der Oper mit weiterbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern und Apotheken über meine Gesundheitsdaten

**Nein** kommunizieren (telefonisch, per Fax, Email oder postalisch) darf.

Mobil-Nummer: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

**Ja** Im Rahmen meiner Behandlung erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich eine Erinnerung an Termine bzw. Terminänderungen (einschl. Absagen) über die Facharzt-Sofort GmbH (Marktplatz 8, 94431 Pilsting) an meine oben genannten Kontaktdaten

**Nein** (E-Mail und/oder SMS) erhalte. Durch Ihre Zustimmung ermöglichen Sie uns, dass wir Ihnen eine zeitnahe mögliche Terminänderung (einschl. Absagen) mitteilen können.

Ihre Daten werden hierbei ausschließlich für diesen Zweck von uns verwendet.

Bitte geben Sie uns den Namen und die Anschrift Ihres Hausarztes an:

\_\_\_\_\_

Ich willige ein, dass nachfolgenden Personen (z.B. Angehörige) für mich Befunde, Rezepte oder andere Schriftstücke nach Vorlage eines Identitätsnachweises entgegennehmen dürfen.

## (Bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben)

\_\_\_\_\_

...Rezepte abholen darf.  ...Auskunft bezüglich meiner medizinischen Daten erhalten darf.

Mein Einverständnis hierzu gilt...

...einmalig.  ...bis zum Widerruf.

Mir ist bekannt, dass im Falle einer Privat- oder Selbstzahlung meine Daten zum Zwecke der Rechnungserstellung an die **PVS Niedersachsen** (Osterstraße 60, 30159 Hannover) übermittelt werden.

Im Rahmen meiner Behandlung und zukünftiger Folgebehandlungen kann eine Laboranalyse meiner medizinischen Proben notwendig werden:

Ja  Nein **amedes MVZ Trägergesellschaft Göttingen mbH**  
(Georgstraße 50, 30159 Hannover)

ja  nein **Institut für Dermatopathologie Hannover**  
(Peiner Straße 4, 30519 Hannover)

ja  nein **Helios Klinikum Hildesheim** (Senator-Braun-Allee 33, 31135 Hildesheim)

Die Datenschutzrichtlinien zur Ansicht liegen im Wartebereich aus. Es ist mir bekannt, dass ich diese

Dr. med. Platschek  
Georgstraße 34  
30159 Hannover  
Tel. 0511 – 760 72 00 privat Versicherte  
Tel. 0511 – 760 72 06 0 gesetzl. Versicherte  
Fax 0511 – 760 72 09 9

---

Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

---

Für Organisation der Termine im Rahmen der medizinischen Versorgung wird die **Fach-arzt-Sofort GmbH** (Marktplatz 8, 94431 Pilsting) im Auftrag des **MVZ Dermatologie an der Oper** die von mir freiwillig überreichten Informationen und Kontaktdaten, bzw. Patientenstammdaten verarbeitet und dazu verwendet ein für mich kostenloses Patienten Benutzerkonto auf der Internet-Plattform <https://www.termed.de/> zu erstellen. Meine Daten werden hierbei ausschließlich zum Zweck der Organisation des Patiententermins verwendet. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit vollständig oder zu Teilen, mit Wirkung für die Zukunft schriftlich in der Praxis oder an die oben genannte Adresse, ohne Angaben von Gründen widerrufen, ohne dass Ihnen hierdurch persönliche Nachteile entstehen. Die Leistungserbringung erfolgt grundsätzlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zwecke der medizinischen Heilbehandlung. Über Art und Umfang der Leistungen wird der/der Patient/in entsprechend aufgeklärt. Rechnungsdaten werden an die **Corius Deutschland GmbH** (Karlstr. 60, 80333 München) zur Buchhaltung, Controlling und der Wirtschaftlichkeitsauswertung weitergeleitet. Mit dem Unternehmen besteht ein entsprechendes Vertragsverhältnis und eine datenschutzrechtliche Regelung nach Art. 28. DSGVO. Ebenso können Ihre personenbezogenen Daten im Zuge einer Wirtschaftsprüfung oder an unsere Steuerberatung (gemäß §11 Abs. 2 StBerG und §3 StBerG) weitergegeben werden.

Hannover, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient ggf. gesetzlicher Vertreter