

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 (für Blutproben)**
(Georgstr. 50, 30159 Hannover)

Ja Nein **Institut für Dermatopathologie Hannover (für Hautproben)**
(Peiner Str. 4, 30519 Hannover)

Ja Nein **Helios Klinikum Hildesheim (für Hautproben)**
(Senator-Braun-Allee 33, 31135 Hildesheim)

Ja Nein **MVZ Dermatologie & Histologie Westerstede / MVZ Corius Westerstede GmbH (für Hautproben)** (Lange Str. 25, 26655 Westerstede)

Die Datenschutzrichtlinien zur Ansicht liegen im Wartebereich aus. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Für Organisation der Termine im Rahmen der medizinischen Versorgung wird die **Facharzt-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/die 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