

Dr. med. Martin Dreyer
Facharzt für Allgemeinmedizin
-Hausärztliche Versorgung-
Bramwaldweg 6
13589 Berlin
Tel. 030-3721616

Patienteninformation über Datenschutz, Durchführung von Blutentnahmen/ Impfungen, Schweigepflichtentbindungen, Einverständniserklärungen:

Patient/ in:

Name/ Geburtsdatum	
Adresse	

1.) Patienteninformation zum Datenschutz:

Die im Wartezimmer ausliegende „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

Hiermit stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den „Zweck der ärztlichen Behandlung in jeglicher Form“ zu.

Ich habe verstanden, dass diese Zustimmung durch mich jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen werden kann (Art.7, Abs. 3, DSGVO).

Ich stimme hiermit zu, dass mich das Praxispersonal, für in der Praxis zum Zwecke der Durchführung von Behandlungen, mit meinem Namen aufrufen darf.

2.) Informationsweitergabe innerhalb der Praxis:

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. M. Dreyer, sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist, meine Daten praxisintern allen Praxismitarbeitern offenlegt.

Ich bin darüber informiert, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

3.) Einverständniserklärungen für die Mitbehandlung durch andere Ärzte:

Hiermit erteile ich der Praxis Dr. M. Dreyer mein Einverständnis zur Kommunikation und zum Datenaustausch mit meinen weiterbehandelnden Ärzten anderer Fachrichtungen. Im Rahmen dessen kann eine Weitergabe meiner Gesundheitsdaten erfolgen, wenn dies für meine Behandlung notwendig ist.

Hiermit erteile ich meine Zustimmung, dass im Rahmen einer notwendigen Blutentnahme, die Blutprobe durch das „Labor 28“ (Medizinisches Versorgungszentrum Labor 28 GmbH, Mecklenburgische Straße 28, 14197 Berlin) analysiert wird. Ich habe die Möglichkeit, meine Zustimmung jederzeit zu widerrufen.

4.1) Entbindung von der Schweigepflicht:

Hiermit entbinde ich, bis auf meinen schriftlichen Widerruf, die Praxis Dr. M. Dreyer (einschließlich des gesamten Praxispersonals) von der ärztlichen Schweigepflicht, und wünsche die Weitergabe folgender Informationen an meine unten genannten Angehörigen/ Personen:

