

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Judith Franz und Dr. med. Lutz Franz
Praktische Ärzte, FA für Allgemein- u. Sportmedizin, Akupunktur
Feuerbachstrasse 13 | 14471 Potsdam | Tel.: 0331/ 970792 | Fax: 0331/ 964702
E-Mail: anmeldung@dr-franz.com | Webseite: www.dr-franz.com

Nach der EU- Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Eine ausführliche Information liegt im Wartezimmer aus bzw. kann am Tresen erfragt werden.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Hiermit erkläre ich, _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Auftragslaboratorien zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können
- Fachärzte/ Krankenhäuser
- _____
-

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte von anderen Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen, wenn diese die Versichertenkarte vorlegen können.

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zusätzlich zu mit- und weiterbehandelnden Ärzten, folgenden Personen Auskunft bzgl. meiner Daten geben dürfen und dort auch einholen dürfen:

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum / Unterschrift

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Judith Franz und Dr. med. Lutz Franz
Praktische Ärzte, FA für Allgemein- u. Sportmedizin, Akupunktur
Feuerbachstrasse 13 | 14471 Potsdam | Tel.: 0331/ 970792 | Fax: 0331/ 964702
E-Mail: anmeldung@dr-franz.com | Webseite: www.dr-franz.com

Eine Information per E-Mail ist in einzelnen Fällen sinnvoll. Wir beantworten Ihre Fragen nur dann, wenn Sie uns Ihre aktuelle E-Mailadresse hinterlegen und ausdrücklich eine Information per E-Mail wünschen. Eine Ende-zu-Ende Verschlüsselung erfolgt nicht. Eine Einsichtsmöglichkeit Dritter ist nicht ausgeschlossen. Die Praxis übernimmt für fehlgeleitete E-Mails bzw. Einsicht Dritter keine Haftung.

Ich bin mit der Beantwortung meiner Fragen und Befundübermittlung per E-Mail einverstanden.

E-Mailadresse: _____

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum / Unterschrift