

Schriftliche Einwilligungserklärung

Barcode

Für die Erhebung, Nutzung und Verarbeitung personenbezogener Daten gem. DSGVO

Die im Rahmen der heutigen Untersuchung erhobenen Daten, insbesondere Name, Telefonnummer, Gesundheitsdaten (Bildraten), Anamnese, Krankheiten, Größe, Gewicht, sowie Laborwerte, die nur zum Zwecke der Durchführung der Untersuchung notwendig und erforderlich sind, werden zur Erfüllung des Behandlungsvertrages und auf Grundlage gesetzlicher Berechtigung erhoben.

Ihre personenbezogenen Daten werden nur solange aufbewahrt, wie es gesetzlich vorgeschrieben ist, oder die Durchführung der Behandlung dauert.

*Für jede darüber hinausgehende Nutzung ihrer personenbezogenen Daten sowie die Erhebung zusätzlicher Informationen, bedarf es regelmäßig Ihrer **freiwillig erteilten Einwilligung**.*

Einwilligung der Datennutzung, Verarbeitung für weitere Zwecke

1. Hiermit willige ich ein, dass die Praxis Radiologie München Ost **Bilder und Befundbericht** von der hier durchgeführten Untersuchung über das Webportal auf einem Praxisinternen Server speichert und so für mich selbst und meinen behandelnden Ärzten zur Verfügung stehen.

Ja () Nein ()

2. Hiermit willige ich ein, dass meine Befundberichte durch die Praxis Radiologie München Ost **an den überweisenden Arzt und die von mir genannten Personen** gefaxt / postalisch oder per e-Arztbrief übermittelt werden dürfen.

Ja () Nein ()

(weitere Personen)

3. Hiermit willige ich ein, dass die Praxis Radiologie München Ost Arztbriefe, Befundberichte und Voraufnahmen, die in anderen Praxen oder Krankenhäusern erstellt worden sind, die für meine Untersuchung relevant sind, **anzufordern und nutzen** darf.

Ja () Nein ()

4. Hiermit willige ich ein, dass die Radiologie München Ost Arztbriefe und Aufnahmen **anderen Praxen und Krankenhäusern**, welche für die Untersuchung relevant sind, **zur Verfügung stellen**. Diese dürfen gefaxt / postalisch oder über das Patientenportal versandt werden.

Ja () Nein ()

5. Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie mit Ihrer Einwilligung mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und/oder E-Mail an Ihren Termin erinnern. Durch eine E-Mail Erinnerung erhalten Sie auch wichtige Informationen für Ihre Untersuchung im Vorfeld.

Ja () Nein ()

Mir ist bekannt, dass ich jederzeit das Recht habe, die **Einwilligungserklärung** für die Zukunft zu **widerrufen**. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erteilten Einwilligungserklärungen bleiben unberührt.

Sie können den Widerruf entweder postalisch, per Email oder per Fax an die Radiologie München Ost MVZ GmbH, Wasserburger Landstraße 182, 81827 München, Fax: 089/52034777, oder per Email an: praxis@radiologie-muenchen-ost.de richten.

Bitte beachten Sie unseren Datenschutzhinweise vor Ort oder auf www.radiologie-muenchen-ost.de

Datum, Ort

Unterschrift Patient/in oder gesetzlicher Vertreter