



Diabetespraxis Duisburg-Buchholz
Ihr Blutzucker bleibt in guten Händen

Diabetespraxis Duisburg Buchholz
M. Elif Karaman-Deyirmenci
Fachärztin für Innere Medizin, Diabetologie &
Ernährungsmedizin

Düsseldorfer Landstraße 87-89
47249 Duisburg

Telefon: 0162-6661850
E-Mail: info@diabetespraxis-du-buchholz.de
Internet: www.diabetespraxis-du-buchholz.de

Einverständniserklärung

Informationsweitergabe innerhalb der Praxis

Ich bin damit einverstanden, dass die o. g. Arztpraxis meine Befunde und Daten elektronisch dokumentiert und verarbeitet und dass das Praxispersonal Einsicht in diese Daten hat. Ich bin darüber unterrichtet, dass alle Mitarbeiterinnen zur Verschwiegenheit verpflichtet sind. Ich konnte eine Praxisinformation in der Praxis bzw. auf der Praxishomepage zum Datenschutz einsehen und hatte die Möglichkeit Rückfragen zu stellen:

- Über den Umfang und die Art meiner Daten.
- Über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung.
- Über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Informationen zu meiner Krankheit

Ich willige hiermit ein, dass die o. g. Arztpraxis Befunde bei weiteren Leistungsbringern (z.B. Labor, Krankenhaus oder Facharztpraxis) einholt und bei mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Praxen u./o. Krankenhäuser und sonstige Leistungserbringer einschließlich privat- bzw. kassenärztliche Verrechnungsstellen übermittelt.

Ich bin damit einverstanden, dass bei mir erhobene Befunde an den Überweisenden Arzt, Hausarzt und mitbehandelnde Fachärzte übermittelt werden dürfen.

Datenübermittlung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten, Befunde und Arztbriefe elektronisch übermittelt werden dürfen (z.B. Fax, E-Mail, VPN-Leitungen).

Informationsweitergabe an Angehörige

Ich bin damit einverstanden, dass die o. g. Arztpraxis Informationen an den/die unten genannten Angehörigen weitergibt. Dafür entbinde ich die Arztpraxis von der ärztlichen Schweigepflicht. Dies gilt auch für telefonische Anfragen.



Diabetespraxis Duisburg-Buchholz
Ihr Blutzucker bleibt in guten Händen

Name des Angehörigen, Adresse, Telefonnummer, Geburtsdatum

Widerrufsrecht

Diese Erklärung kann ich jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen. Über die Folgen eines Widerspruchs bin ich informiert worden.

Ort, Datum

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon-/Mobilfunknummer

E-Mail

Unterschrift