Internistisches Medizinisches Versorgungszentrum, Hohenwarter Str. 31, 85276 Pfaffenhofen; Tel.: 08441 277 690, Fax: 08441 277 69300

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

zum Zweck einer optimalen und reibungslosen Versorgung.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Als Patient des o.g. Medizinischen Versorgungszentrums bin ich darüber informiert, dass die zu meiner optimalen Behandlung und Betreuung notwendigen Daten elektronisch gespeichert und verarbeitet werden.

Ich bin einverstanden mit einer Befundübermittlung oder Befundanforderung per Fax, per Post, per E-mail an/von:

- überweisendem Arzt/Hausarzt,
- mitbehandelnde/n Kliniken und Arztpraxen

Ich erteile die Zustimmung zur Fallbesprechung im internen oder externen Kollegenkreis (z.B. Tumorkonferenz), wenn diese im Einzelfall erforderlich ist.

Ich bin mit einer Benachrichtigung über Terminverschiebungen und mit einer Bestätigung von Terminen und einer Terminerinnerung über E-mails oder SMS einverstanden:

Meine E-mail Adresse lautet:_____

Meine Handynummer lautet: _____

Ich wünsche im Falle einer Nachfrage einer Befundmitteilung an folgende Familienangehörige (bitte ankreuzen):

- **Lebens-/Ehepartner/-in**: Name: _____
- **Kinder:** Name: _____
- **Eltern:** Name: _____
- **Geschwister:** Name: _____
- **andere:** Art der Verwandtschaft u. Name: _____

_____

Ich bin darüber informiert, dass die EDV-Anlage durch eine externe EDV-Firma betreut und gewartet wird, ggf. auch per Fernwartung und dass Laborbestimmungen sowie Gewebeuntersuchungen auswärtig durchgeführt werden. Auch der Terminkalender wird extern geführt.

_____ _____

Datum:02.10.2023 Unterschrift Patient/in