



Dr. med. Stefan Schröpfer

Hautarzt | Allergologie

Ambulantes Operieren | Dermatologische Lasertherapie (DDA) | Berufsdermatologie (ABD)
Am Fleth 42 | 25348 Glückstadt

Tel. 04124 - 93 76 76 | Fax. 04124 - 93 76 77 | e-Mail: info@hautarzt-drschroepfer.de

\$druckdatum#

Einwilligungserklärung zur Übermittlung medizinischer Daten

auf postalischen oder elektronischen Wege per eArztbrief und zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten (wie Befundberichten, Laborbefunden und anderen medizinischen Daten)

Hiermit stimme ich, Name....., Vorname....., Geb.Datum.....

Straße+ Nr....., PLZ....., Ort.....

der Übermittlung meiner persönlichen Daten zu.

Ich wurde darüber informiert, dass die o.a. Praxis personenbezogene Daten von mir für Zwecke der Behandlung / Weiterbehandlung an u. g. Einrichtung postalisch oder ggfs auch auf elektronischem Weg aus seinem Arztinformationssystem CGM ALBIS heraus übermitteln wird. Dabei handelt es sich um meinen Namen, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, Geschlecht und benötigte Daten meiner medizinischen Dokumentation, die in CGM ALBIS erfasst sind. Diese Daten werden als eArztbrief übertragen. Dieser Dienst ist für mich als Patient kostenfrei.

Empfänger:

Arztname.....

Arztanschrift: Straße + Nr....., PLZ.....
Ort.....

Ich wurde weiter darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Daten in verschlüsselter Form über das Internet übertragen werden und somit vor der unbefugten Kenntnisnahme Dritter geschützt sind. Die empfangende Einrichtung ist darüber hinaus berechtigt, die übermittelnden Daten für meine (Weiter-) Behandlung zu nutzen. Mein Recht der freien Arztwahl bleibt davon grundsätzlich unberührt.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen kann. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Mitnahme dieser Daten sowie Rechte auf Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung, Sperrung und Löschung dieser Daten.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jederzeit, ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft, schriftlich widerrufbar. Ich wurde darüber unterrichtet, dass im Falle meiner Weigerung, die Einwilligung zu erteilen, eine Übermittlung der Daten aus CGM ALBIS heraus nicht erfolgen wird. Weitere Folgen ergeben sich aus der Weigerung nicht.

Ich bin mit der Erhebung und Verarbeitung meiner Daten in dem hierfür erforderlichen Umfang einverstanden. Ich erteile die Einwilligung für meinen behandelnden Arzt und bin mir bewusst, dass diese Einwilligung auch für künftige Datenlieferungen gültig ist.

Hinsichtlich der postalischen Übermittlung ist zu Fragen des Datenschutzes Dr. Stefan Schröpfer zuständig, hinsichtlich der elektronischen Übermittlung der Konzernbeauftragte für Datenschutz der CGM SE, Hans Gerlitz, Tel. 0261 8000 1667, Mail: hansjosef.gerlitz@cgm.com, erreichbar.

Darüber hinaus habe ich das Recht, mich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn ich der Meinung bin, dass meine personenbezogenen Daten nicht richtig verarbeitet werden.

Ort, Datum Unterschrift