

Dr. med. Peter Witzany
FA für Innere Medizin
Tatjana Kaiser
FA für Allgemeinmedizin
Milovan Nikolic
Weiterbildungsassistent

97828 Marktheidenfeld
Marktplatz 9

Telefon 09391 - 6200
Fax 09391 - 81195
E-Mail drpeterwitzany@t-online.de
Homepage www.praxis-witzany.de

Unsere Sprechzeiten
Mo – Fr 08:00 – 12:00 Uhr
Mo, Di & Do 16:00 – 18:00 Uhr

Datenschutzerklärung

Liebe Patientinnen und Patienten,

laut Datenschutzgesetz müssen wir Sie wie folgt aufklären:

Alle Daten, die wir von Ihnen erheben, werden elektronisch gespeichert.

In unserer Praxis haben alle ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Zugang zu Ihren Daten. Alle haben eine Schweigepflichterklärung unterschrieben.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns die Einwilligung ...

1. ... zur Datenübermittlung (z.B. Zusendung eines Arztbriefes) an den uns von Ihnen genannten Hausarzt (der in der Regel den Überweisungsschein an uns ausgestellt hat).

Wenn Sie dies **nicht wünschen**, teilen Sie dies bitte unserer Anmeldung mit.

2. ... zur Datenübermittlung (Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse) an mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser, wenn diese zur Weiterbehandlung und zum Wohle Ihrer Gesundheit Untersuchungsergebnisse benötigen. Falls es für Ihre Behandlung notwendig ist, geben Sie uns hiermit auch das Einverständnis, dass wir Befunde bei anderen mitbehandelnden Ärzten und Krankenhäusern anfordern dürfen.

Wenn Sie dies **nicht wünschen**, teilen Sie dies bitte unserer Anmeldung mit.

3. ... Laboruntersuchungen mit Ihren Personalien an das Labor (Labor Augsburg MVZ) zu senden, da dort unsere Laborbestimmungen erfolgen.

Wenn Sie dies **nicht wünschen**, teilen Sie dies bitte unserer Anmeldung mit.

Sie haben jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten.

Sie können jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung Ihrer personenbezogenen Daten bei Ihrem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Bitte wenden!

An folgende **Angehörige/Personen** dürfen, nach Feststellung der Identität, Formulare, Untersuchungsbefunde (wie z. B. Laborwerte) weitergegeben werden:

Name, Adresse, Telefon:

1. _____

2. _____

3. _____

Sollen wir Ihre Rezepte an eine bestimmte Apotheke weiterleiten?
(Per Fax / KIM-Versand)

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, in welche Apotheke? _____

(Für die erste Bestellung im Quartal muss zuerst die Versichertenkarte eingelesen sein!)

Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Mobilnummer: _____

E-Mail: _____

Ort, Datum

Unterschrift