

Уважаемый пациент,

Защита Ваших персональных данных очень важна для нас.

В соответствии с Положением о защите данных ЕС (DSGVO) мы обязаны информировать Вас о том, с какой целью наша практика собирает, хранит или пересылает данные. Пожалуйста, обратитесь внимание на объявление в приемной. Вы также можете попросить выдать вам информационный листок.

Согласно положениям Социального кодекса § 73 абз. 1b SGB V, Ваш лечащий врач или другие лечащие врачи могут получить медицинское заключение о результатах Вашего обследования только в том случае, если Вы дали на это свое письменное согласие. Поэтому мы вынуждены просить Вас предоставить данное заявление о согласии.

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig.

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Bitte beachten Sie dazu den im Wartezimmer befindlichen Aushang. Gerne können Sie sich das Informationsblatt auch aushändigen lassen.

Nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches § 73 Absatz 1b SGB V, ist es zwingend vorgeschrieben, dass Ihr überweisender Arzt bzw. weitere behandelnde Ärzte nur noch dann einen Arztbericht über Ihre Untersuchungsbefunde bekommen dürfen, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklärt haben. Daher müssen wir Sie bitten, diese Einverständniserklärung abzugeben.

Заявление о согласии на сбор/передачу данных пациента в соответствии с § 73 п. 1b SGB V

Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten gemäß § 73 Abs1b SGB V

Я, Дата рождения
(Ich) ИМЯ, ФАМИЛИЯ (Name, Vorname) (geboren am)

проживающий в заявляю о своем согласии:
(wohnhaft in) (erkläre mich einverstanden:)

- с передачей результатов исследования направляющим или последующим лечащим врачам. (mit der Weitergabe von Befunden an überweisende bzw. weiterbehandelnde Ärzte.)
- При передаче данных поставщикам услуг (лабораториям), в случае необходимого исследования крови, мазков из ран или тканей. (mit der Weitergabe von Daten an Leistungserbringern (Labore), bei erforderlicher Untersuchung von Blut, Wundabstrichen oder Gewebe.)
- Право на получение информации имеют следующие родственники или лица (лица): (folgende Angehörige bzw. Person/Personen sind auskunftsberechtigt:)

.....
Фамилия, ИМЯ (Name, Vorname) Дата рождения (Geburtsdatum)

- Рецепти, призначення або висновки можуть бути передані наступним родичам або особі/особам: (an folgende Angehörige bzw. Person/Personen dürfen Rezepte, Verordnungen oder Befunde ausgehändigt werden:)

.....
Фамилия, ИМЯ (Name, Vorname) Дата рождения (Geburtsdatum)

Рецепты, предписания или заключения могут быть переданы следующим родственникам или лицу/лицам. (Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.)

.....
Место, дата (Ort, Datum)

.....
Подпись пациента или законного представителя (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)