

Шановний пацієнт,

Захист Ваших персональних даних є важливим для нас.

Відповідно до Загального регламенту ЄС про захист даних (GDPR), ми зобов'язані інформувати вас про мету, з якою наша практика збирає, зберігає або пересилає дані. Будь ласка, ознайомтеся з повідомленням у залі очікування. Ви також можете попросити копію інформаційного листа.

Відповідно до положень Кодексу соціального забезпечення Німеччини (SGB V) § 73 абзац 1b, ваш лікар, який направив вас на обстеження, або інші лікарі можуть отримати медичний висновок про результати обстеження лише за наявності вашої письмової згоди. Тому ми повинні попросити вас надати цю декларацію про згоду.

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.

Заява про згоду на збір/передачу даних про пацієнта відповідно до § 73 абз. 1b SGB V

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

Я, народився
(Ich) прізвище, ім'я (Name, Vorname) (geboren am)

проживаю в Цим даю свою згоду:
(wohnhaft in) (erkläre mich einverstanden:)

- на передачу результатів обстеження лікарям, які мене направили або які проводять подальше лікування. (mit der Weitergabe von Befunden an überweisende bzw. weiterbehandelnde Ärzte.)
- на передачу даних постачальникам послуг (лабораторіям) у разі необхідності дослідження крові, мазків з рани або тканин. (mit der Weitergabe von Daten an Leistungserbringern (Labore), bei erforderlicher Untersuchung von Blut, Wundabstrichen oder Gewebe.)
- Наступні родичі або особа/особи уповноважені надавати інформацію: (folgende Angehörige bzw. Person/Personen sind auskunftsberechtigt:)

..... прізвище, ім'я (Name, Vorname) Дата народження (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:)

..... прізвище, ім'я (Name, Vorname) Дата народження (Geburtsdatum)

Мені відомо, що я можу відкликати цю заяву повністю або частково в будь-який час у майбутньому. (Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.)

..... Місце, дата (Ort, Datum)

..... Підпис (Unterschrift)