

DATENSCHUTZERKLÄRUNG



Name, Vorname Geburtsdatum
(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

A. ALLGEMEIN

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert werden. Mit dem Berichtversand per FAX, Brief oder eArztbrief (verschlüsselter, elektronischer Versand) an Hausarzt, weiterbehandelnden Arzt oder Krankenhaus bin ich einverstanden.

Mein Einverständnis beinhaltet auch die Weitergabe von personenbezogenen Daten an das pathologische Institut MVZ Pathologie Berlin, zur histologischen Begutachtung oder auch an das Labor 28 Berlin, zur Auswertung von laborchemischen Untersuchungen (Blut-, Urin- und Stuhluntersuchungen) zum Zwecke der Diagnostik und entsprechenden Therapie.

Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass das MVZ Gastroenterologie Friedrichshain mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei behandelnden Ärzten zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.

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

Berlin, den Unterschrift

B. MELDUNG AN DAS KREBSREGISTER BERLIN-BRANDENBURG

Im Falle der Diagnose einer Tumorerkrankung erkläre ich mich damit einverstanden, dass das MVZ Gastroenterologie Friedrichshain personenbezogene Daten im Rahmen ihrer Meldepflicht an das Krebsregister Berlin-Brandenburg entsprechend der gesetzlichen Vorgaben weitergibt.

Berlin, den Unterschrift

C. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG TERMINERINNERUNG PER SMS ODER E-MAIL

Hiermit stimme ich zu, dass mich das MVZ Gastroenterologie Friedrichshain auf folgendem Weg an bevorstehende Termine erinnern kann:

per SMS / meine Mobilfunknummer:

per E-Mail / meine E-Mail-Adresse:

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit mündlich oder schriftlich gegenüber dem MVZ Gastroenterologie Friedrichshain widerrufen werden.

Berlin, den Unterschrift