

Sehr geehrte Patient*innen,

im Rahmen der europäischen Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet, Sie auf die Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten mit unserer „Patienteninformation Datenschutz“ hinzuweisen und Einwilligungen zu dokumentieren.

Die Information, auf die sich die untenstehenden Einwilligungen beziehen, liegt an der Anmeldung und den Wartezimmern aus. Außerdem steht Sie Ihnen zum Download auf unserer Homepage zur Verfügung.

Einwilligungserklärungen

Zur Datenverarbeitung im Unternehmensverbund der alanta med GmbH und alanta group GmbH gem. Ziffer 6 b Patienteninformation (Aushang Wartezimmer / Download Homepage)

Ich willige ein, dass meine durch das MVZ erhobenen und verarbeiteten personenbezogenen Daten an die Trägergesellschaft alanta med und die AHG übermittelt werden, soweit dies aus organisatorischen oder administrativen Zwecken erforderlich ist. Ich willige ferner ein, dass medizinische Daten an speziell berechnigte, zur Verschwiegenheit und zum Datengeheimnis verpflichtete Mitarbeiter der alanta med und AHG übermittelt werden, soweit diese Zugriffe zur Prüfung der korrekten Abrechnung erbrachter Leistungen und zur administrativen Planung des Praxisbetriebes erforderlich sind.

Meine Einwilligung ist freiwillig und mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Eine Kopie der Patientenerklärung erhalte ich auf Nachfrage. Eine Kopie der Einwilligung habe ich erhalten.

Ort, Datum Name, Vorname Geburtsdatum Unterschrift

Zur Aufbereitung und Nutzung von Gesundheitsdaten für die medizinische Forschung gem. Ziffer 6 c Patienteninformation (Aushang Wartezimmer / Download Homepage)

Ich willige ein, dass meine durch das MVZ im Rahmen meiner ärztlichen Behandlung erhobenen und verarbeiteten personenbezogenen Daten aus dem praxisinternen System exportiert und in pseudonymisierter Form an die Trägergesellschaft alanta med zu Zwecken der Nutzung für medizinische Forschung und Wissenschaft übermittelt werden dürfen. Mir ist bekannt, dass diese Daten in anonymisierter Form auch an Dritte zu medizinischen Forschungszwecken weitergegeben werden können.

Meine Einwilligung ist freiwillig und mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit gegenüber dem MVZ widerrufen kann.

Eine Kopie dieser Patientenerklärung erhalte ich auf Nachfrage. Eine Kopie der Einwilligung habe ich erhalten.

Ort, Datum Name, Vorname Geburtsdatum Unterschrift

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern in diesem Dokument die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechteridentitäten. Die Verwendung einer verkürzten Sprachform erfolgt ausschließlich aus redaktionellen Gründen und stellt keine Bewertung dar.