

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten und Untersuchungsergebnisse im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften in der Praxis Neurologie Wassenberg und ihren Nebenstellen elektronisch verarbeitet werden und an mitbehandelnde Ärzte, Therapeuten/Psychotherapeuten weitergeleitet werden, sofern dies für die weitere Behandlung von Wichtigkeit sind.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Körpermaterial (Blut oder Urinproben, Liquor, Biopsien/ Abstriche/Punktate) zur Untersuchung an Labore oder medizinische Einrichtungen versendet wird, mit denen mein behandelnder Arzt zusammenarbeitet.

Mir ist bewusst, dass das Kontaktformular auf der Homepage sowie die E- Mail-Adresse der Praxis nicht für den Austausch medizinischer Daten genutzt werden dürfen, da nicht gewährleistet werden kann, dass Dritte keinen Zugriff auf diese Daten erlangen können.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Wassenberg, den _____

(Unterschrift)

!!!! Achtung, besonderer Hinweis !!!!

Im elektrophysiologischen Untersuchungsraum erfolgt zu Ihrer und unserer Sicherheit eine Videoüberwachung, mit möglicher Einsicht aber ohne Aufzeichnung. Dies erfolgt, da eine durchgehende Beaufsichtigung vor Ort nicht gewährleistet werden kann.

- Ich bin damit einverstanden.**

- Ich lehne die Überwachung ab!**