

PRAXIS SONNEORTHOPÄDIE
UNFALLCHIRURGIE
CHIRURGIESONNENALLEE 306 B
12057 BERLIN-NEUKÖLLNDr.med. FRANK MAKOWSKY
ANDREAS BUSKETEL:030 - 6677 88660
FAX:030 - 6677 88661**Datenschutzfreigabeerklärung nach EUDSGVO**

(europäische Datenschutz-Grundverordnung)

Ich, _____, geboren am _____,

erkläre mich mit der Übermittlung von mich betreffenden Daten per Telefon, Fax oder E-Mail an meine Person, mitbehandelnde Ärzte, Kliniken, Apotheken, Krankentransporte, Krankenkassen und gegebenenfalls auch an eine mich versorgende Pflege- oder Sozialstation einverstanden.

Mir ist bewusst, dass die Datenübermittlung über Telefon, Fax oder E-Mail auf Grund der bundesweiten Umstellung auf IP-gestützte Telefonie und IP-gestützten Faxversand nicht mehr in dem Maße abhörsicher ist, wie bisher. Mir ist bewusst, dass eine zugriffssichere Übermittlung meiner Daten nicht mehr wie im bisherigen Umfang möglich ist.

Ich wurde ebenfalls darüber aufgeklärt, dass eine Datenübermittlung an die genannten Institutionen auch per klassischer Brief-Post erfolgen kann. Hierbei müssen aber zeitlich deutliche Verzögerungen in Kauf genommen werden und ich muss ggf. durch Hinterlegung von Portogebühren die Kosten hierfür tragen.

Ich wurde ebenfalls darüber aufgeklärt, dass die oben genannte Willenserklärung zu jedem Zeitpunkt von mir widerrufen werden kann.

Darüber hinaus bevollmächtige ich folgende Person(en) zur Entgegennahme von Informationen, Arztbriefen, Rezepten u. ä.:

Name, Vorname und Geburtsdatum der berechtigten Personen:

Datum_____
Unterschrift des Patienten