



DIABETOLOGISCHE SCHWERPUNKTPRAXIS

PRAXIS FÜR
INNERE MEDIZIN

Dr. med. Thomas Sternfeld
Facharzt für Innere Medizin,
Hämatologie & Onkologie,
Gastroenterologie, Infektiologie,
Reisemedizin

Dr. med. Angelika Sternfeld
Fachärztin für Innere Medizin,
Endokrinologie, Diabetologin (DDG)

Gemeinschaftspraxis
Hausärztliche Versorgung

Praxis für Innere Medizin, Luitpoldstr. 58, 84034 Landshut

Luitpoldstr. 58
84034 Landshut
Telefon: 0871 / 660 1970
Fax: 0871 / 660 19719

www.praxis-sternfeld.de
info@praxis-sternfeld.de

Patientenname: _____ , geb.: _____

Erklärung zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei den von Ihnen angegebenen Daten handelt es sich um persönliche Daten, deren Erhebung, Nutzung und Verarbeitung nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung möglich ist. Wir und unser Team sichern Ihnen zu, dass Ihre Daten streng vertraulich unter strikter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen behandelt werden. Die Informationen werden nur zur Dokumentation der weiteren Behandlung verwendet.

Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass

- ich über meine Befunde, Medikamentenpläne oder auch Therapiepläne per
 - Fax
 - Telefon
 - Post (je 1,00€)informiert werden kann.
- Befunde, Rezepte, Überweisungen etc. von folgenden Personen abgeholt werden dürfen:
 - Ehemann/Ehefrau (Name, Vorname) _____
 - Partner/Partnerin (Name, Vorname) _____
 - Sonstige Person (Name, Vorname) _____
- Befunde folgenden Personen mitgeteilt werden dürfen:
 - Ehemann/Ehefrau (Name, Vorname) _____
 - Partner/Partnerin (Name, Vorname) _____
 - Sonstige Person (Name, Vorname) _____
- Befunde an Mitbehandler übermittelt werden dürfen, sofern es zur Einschätzung meiner Erkrankung oder meines Behandlungsplanes notwendig ist.
- Arztbriefe an den von mir angegebenen überweisenden Arzt per Fax weitergeleitet werden.

Bitte beachten Sie: Bei der Übertragung Ihrer Daten im Internet besteht die Möglichkeit, dass diese durch Unbefugte zur Kenntnis genommen oder verändert werden können.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter)