



DERMPRAX

Dr. med. Lisa Hübinger-Gallenkamp

Fachärztin für Haut- und
Geschlechtskrankheiten
Tätigkeitsschwerpunkt
Ambulante Operationen

Hainstr. 15-17 · 42109 Wuppertal
0202 / 45 11 19 · info@dermprax.de
www.dermprax.de

Einverständniserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten gem. Art.13 DSGVO

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Email: _____

Haus-/Kinderarzt: _____

Beruf (freiwillig): _____

An folgende Angehörige/Personen dürfen, nach Feststellung der Identität, Behandlungsdaten, Rezepte, Formulare etc. weitergegeben werden:

Vollmacht für:

(Name / Geb.Datum /Adresse)

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore weitere Leistungserbringern übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten/ Laboren/ weiteren Leistungserbringern eingeholt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass eine Datenübertragung per E-Mail oder Fax unverschlüsselt stattfindet, sowie eine Terminerinnerung per Mail.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserstellung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten. Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters