

Erklärung zum Datenschutz

Name:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

entsprechend der EU-Datenschutz-Verordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert und weiterleitet und welche Rechte Sie in punkto Datenschutz haben. Bitte beachten Sie dazu die entsprechenden Aushänge in unserer Praxis.

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und uns und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die wir oder andere Ärzte erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Dafür benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung gemäß §203 StGB. Diese kann von Ihnen jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Hiermit entbinde ich alle in der Familienpraxis Niederschönhausen tätigen Ärzte und MFAs von Ihrer Schweigepflicht und bitte um die Daten- und Befundübermittlung an Dritte, sofern dies für meine Behandlung notwendig ist.

Berlin, 28.09.2025

Sofia Alincic-Kunz

Dr. Carla Brögger

Lena Vater

Annette Wehenkel

Unterschrift Patient

Unterschrift Erziehungsberechtigter oder gesetzlicher Vertreter (Vor- und Zuname in Druckbuchstaben und Unterschrift)

(Das Dokument ist maschinell erstellt und ohne Unterschrift gültig)

=====

Ich gestatte, dass Daten / Befunde von mir an

Name, Vorname

telefonisch oder schriftlich weitergegeben werden dürfen. Dieses gilt bis auf meinen schriftlichen Widerruf.

Berlin, 28.09.2025

Unterschrift Patient

Unterschrift Erziehungsberechtigter oder gesetzlicher Vertreter (Vor- und Zuname in Druckbuchstaben und Unterschrift)