Dr. rer. nat. Dipl. Biol.
Anselm Stierstorfer
Facharzt für
Neurologie und Psychiatrie

Dr. med.
Josef Dieler
Facharzt für
Neurologie

Dr. med.
Solveig Worbes
Fachärztin für
Psychotherapie

Bockumer Platz 5
47800 Krefeld
Tel: 02151 – 503506
Fax: 02151 – 503507

Liebe Patienten,

aufgrund von am 1.1.2013 geänderter Patientenrechtsgesetze im Bereich der ambulanten Versorgung und **gemäß der Datenschutzverordnung DSGVO vom 25.5.2018** sind wir verpflichtet, eine **schriftliche Schweigepflichtsentbindungserklärung bzw. Einverständniserklärung** von Ihnen vorliegen zu haben, wenn wir Befundberichte an Ihren Hausarzt bzw. überweisenden Arzt senden sollen.

Wünschen Sie einen schriftlichen Befundbericht an Ihren Hausarzt oder an den überweisenden Arzt?

JA **NEIN**

Sollte Ihre Antwort JA lauten, bitte folgenden Abschnitt ausfüllen:
Hiermit entbinde ich

Herr/Frau _____
(Vorname, Name, Geburtsdatum Patient)

die Gemeinschaftspraxis Dr. Stierstorfer, Dr. Dieler, Dr. Worbes von der ärztlichen Schweigepflicht und erlaube einen Befundbericht widerruflich (!) an meinen weiterbehandelnden Arzt zu senden:

Herr/Frau Dr. med._____

_____ X _____
Datum Unterschrift
oder
_____
Datum Vor und Zuname und Unterschrift des gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten

Ich bin auch damit widerruflich einverstanden, daß ich namentlich angesprochen und aus dem Wartebereich aufgerufen werde. **Sollte ich das nicht wünschen teile ich dies sofort am Empfang mit und verlange mit Nummer aufgerufen zu werden!**

_____ X _____
Datum Unterschrift
oder
_____
Datum Vor und Zuname und Unterschrift des gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten

Bitte wenden !

Eine **Kontaktaufnahme** unsererseits erfolgt im Normalfall telefonisch, per Fax oder postalisch.

Wenn Sie eine Kontaktaufnahme mit uns per Email

_____@_____ X_____

Email Adresse Unterschrift

und/oder WhatsApp - jederzeit (schriftlich) widerrufbar - wünschen, tragen Sie Ihre Rufnummer

_____ X_____

WhatsApp Nr. Unterschrift

hier ein und bestätigen Sie dies mit Ihrer Unterschrift am Ende der Zeile.

Unsere dringende Empfehlung ist, die Information über elektronische Kommunikation auf eine Minimum zu beschränken – auf weniger sensible Inhalte (Terminabsagen, Terminabstimmungen...)

Für Rezeptanforderungen empfehlen wir definitiv den Anrufbeantworter, Fax oder das Telefon!

Bitte beachten Sie, daß *WIR* keine Befunde über Email versenden, es sei denn, wir werden von der KV oder anderen übergeordneten Behörden dazu genötigt. Auch über Whats App werden von uns keine Befunde versandt.

Emailanhänge werden von uns aus Sicherheitsgründen nicht geöffnet und gelöscht
Bitte bringen sie die Originalbefunde zum Einscannen mit.

Rechte der Patienten : Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO berechtigt, um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt freiwillig erteilen. Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Die **Widerrufsbelehrung** habe ich aufmerksam gelesen und bin damit einverstanden.

_____ X_____

Datum Unterschrift

oder

Datum Vor und Zuname und Unterschrift des gesetzlichen Betreuers/Bevollmächtigten