



## Information zum Datenschutz und Schweigepflichtsentbindung

Liebe Patientinnen und Patienten,

die Umsetzung der neuen Vorgaben der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) sowie die vom Bayerischen Landesbeauftragten für Datenschutz (BayLfD) vorgegebene sicherzustellende Datenübermittlung an den korrekten Empfänger macht die Aktualisierung Ihrer Kontaktdaten notwendig.

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

- Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass meine/ unsere Kontaktdaten im Arztsystem der Hausarztpraxis Dr. Schulz zwecks Befundübermittlung gespeichert werden.
- Hiermit erkläre ich mich einverstanden mit der Übermittlung meiner Patientendaten (Name, Geburtsdatum, Adresse und Telefonnummer) und Befunde an die von mir gewählten Hausärzte, Fachärzte und an die meine Behandlung betreffenden zuständigen Krankenhäuser, Krankenkassen, Sanitätshäuser, Apotheken sowie Physio- und Ergotherapie-Praxen.
- Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass die Hausarztpraxis Dr. Schulz Befundberichte meiner/ unserer Patienten per Fax übermittelt.

**Bitte teilen Sie uns zukünftig Änderungen Ihrer Kontaktdaten umgehend mit!**

Peißenberg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Dr. med. Robin Schulz + Facharzt für Innere Medizin + Pneumologie + Notfallmedizin**

Zugspitzstraße 25 + 82380 Peißenberg + Tel. 0 88 03 / 20 01 + Fax 0 88 03 / 6 07 96

info@hausarztpraxis-dr-schulz.de + www.hausarztpraxis-dr-schulz.de

APO-Bank Düsseldorf + Dr. Robin Schulz + IBAN DE31 3006 0601 0004 5605 40 + BIC DAAEDEDXXX