

<b>Nachname, Vorname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Straße, Nr.:</b>	<b>PLZ, Ort:</b>
<b>Krankenkasse (Tarif):</b>	<b>Beruf:</b>
<input type="checkbox"/> <b>Privatversichert</b> <input type="checkbox"/> <b>Kostenerstattung</b> <input type="checkbox"/> <b>gesetzlich</b>	<input type="checkbox"/> <b>arbeitslos</b> <input type="checkbox"/> <b>krank geschrieben</b> <input type="checkbox"/> <b>in Rente</b>
<b>Telefon-Nr.:</b>	<b>E-Mail:</b>

**Ich bin damit einverstanden, dass in der Arztpraxis: Dr.med. W. Raschke, ( Frau M. Scheiermann, Frau D. Weiß), Gretchenstraße 4, 32832 Augustdorf meine Daten zu folgenden Zwecken im Bedarfsfall erhoben, verarbeitet und genutzt werden sowie an:**

- die Krankenkasse
- den überweisenden Arzt
- den Hausarzt ( im Vertretungsfall)
- das Labor MVZ Diamedis GmbH, Dunlopstraße 50, 33689 Bielefeld
- an die von Ihnen angegebenen Apotheke:

<b>Apotheke:</b>
------------------

- Das Jobcenter ( falls erforderlich)
- PVS Abrechnungsstelle Westfalen-Nord ( bei Privatärztlichen Leistungen)
- Systec Schulke GmbH &Co,KG ( PC-Software- Betreuung)
- S3 Praxis Hotline/ Technik ( Praxisprogramm)

**weitergegeben oder übermittelt und dort ebenfalls zu folgenden Zwecken verarbeitet und genutzt werden:**

- Pflege der elektronischen Patientenkartei
- Erfüllung des Behandlungsvertrages
- Kontakt mit den Patienten (z.B. Terminvereinbarungen, Absage von Terminen, Erinnerungen an Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, etc.)
- Abrechnung erbrachter Behandlungen mit der Krankenkasse oder dem Patienten
- erstellen von Behandlungsberichten

**Aufgrund desetzlicher Vorschriften §10 B0 der ÄKWL, §630f BGB sind die ärztlichen Unterlagen für die Dauer von 10 Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.**

**Um eine reibungslose ärztliche und Therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs/ -Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten/ Therapeuten genutzt werden.**

-----  
Datum, Ort

-----  
Unterschrift der/des Patienten/in (Sorgeberechtigter)

ich bin darüber informiert und darauf hingewiesen worden, dass:

- ⑩ die im Rahmen der vorstehenden genannten Zwecke erhobenen, persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- ⑩ Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann mit der Folge, dass z.B. der Behandlungsvertrag nicht erfüllt werden kann/ nicht zustande kommt oder die Behandlung mit der Krankenkasse nicht abgerechnet werden kann.
  
- ⑩ Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- ⑩ Ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen

im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

Praxis Dr. med. Werner Raschke, Gretchenstr.4, 32832 Augustdorf; Tel:05237-1441;

E-mail: info@arztpraxis-raschke.de

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf der gesetzlichen Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung durch die Praxis gelöscht. Die Praxis wird meinem Widerruf an die o.g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

-----  
Datum, Ort

-----  
Unterschrift der/des Patienten/in (Sorgeberechtigter)