

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Den Schutz Ihrer persönlichen Daten nehmen wir sehr ernst. Ihre Daten werden so geschützt, wie es die gesetzlichen Vorschriften vorsehen.

Ihre personenbezogenen Daten werden an Dritte nur weitergegeben oder sonst übermittelt, wenn dies zum Zwecke der Vertragsabwicklung bzw. zu Abrechnungszwecken erforderlich ist, oder Sie zuvor eingewilligt haben. Sie haben das Recht, eine erteilte Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen.

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Doctolib bietet uns einerseits ein modernes Kalendersystem und andererseits unseren Patienten die Möglichkeit, auf der Seite <https://www.doctolib.de/> mit uns Termine online zu vereinbaren. Die Doctolib GmbH (Mehringdamm 51, 10961 Berlin) wird für uns als Auftragsverarbeiter tätig. Wir nutzen die Doctolib Kalendersoftware für alle unsere Patienten, um Termine einheitlich zu verwalten. Doctolib verarbeitet sämtliche Daten nach allen geltenden Datenschutzvorschriften und wendet höchste Sicherheitsstandards an. Für die Terminvereinbarung werden folgende Daten in den Doctolib Kalender eingetragen: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail Adresse, Hausarzt, Krankenkassenstatus, überweisender Arzt, Besuchsgrund und Terminhistorie.

Gerne geben wir Ihnen Auskunft über die bei uns gespeicherten persönlichen Daten, oder wenn Sie Fragen zur Behandlung Ihrer Daten haben.

Name, Vorname	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/>		
Straße	<input type="text"/>		
PLZ / Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Mobilnummer	<input type="text"/>	Festnetz	<input type="text"/>
E-Mail-Adresse	<input type="text"/>		
Krankenkasse	<input type="text"/>		

Dürfen wir Ihnen Erinnerungen oder Veränderungen ihrer Termine senden?  Ja  Nein  
Dazu ist die Angabe von Mobilnummer oder Mailadresse erforderlich.

Dürfen wir Ihre Befunde auf Anforderung auch an andere weiterbehandelnde Ärzte außer dem Überweiser weiterleiten.  Ja  Nein

Ich willige hiermit in diese Datenschutzvereinbarung ein und bin mit der Übermittlung meiner Befunde auf dem Postweg, mittels Fax oder als gesicherter eArztbrief einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Kassel, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in oder Betreuer\*in