

Sayın Hastalar,

kişisel verilerinizin korunması bizim için önemlidir.

AB Genel Veri Koruma Yönetmeliği'ne (GDPR) göre, Muayenehanemizde uygulamamızın verileri hangi amaçla topladığı, sakladığı veya ilettiği konusunda sizi bilgilendirmekte yükümlüyüz. Lütfen bekleme odasındaki asılan duyuruya dikkat ediniz. Dolayısıyla Bilgi kağıtının size verilmesinde rica edebilirsiniz.

Sosyal Kanun Kitabı V, Bölüm 73 Paragraf 1b'deki hükümlere göre, sizi sevk eden Doktorunuzun veya diğer Doktorların, yalnızca sizin yazılı olarak onay vermiş olmanız durumunda muayene sonuçlarınız hakkında bir Doktor raporu almaları kesinlikle zorunludur. Bu nedenle, sizden bu rıza beyanını sağlamanızı istemek zorundayız.

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig.

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Bitte beachten Sie dazu den im Wartezimmer befindlichen Aushang. Gerne können Sie sich das Informationsblatt auch aushändigen lassen.

Nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches § 73 Absatz 1b SGB V, ist es zwingend vorgeschrieben, dass Ihr überweisender Arzt bzw. weitere behandelnde Ärzte nur noch dann einen Arztbericht über Ihre Untersuchungsbefunde bekommen dürfen, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklärt haben. Daher müssen wir Sie bitten, diese Einverständniserklärung abzugeben.

Hasta verilerinin toplanmasına/aktarılmasına ilişkin rıza beyanı § 73 Abs1b SGB V'ye göre

Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten gemäß § 73 Abs1b SGB V

Ben, doğ um tarihi
(Ich) Soyisim, İsim (Name, Vorname) (geboren am)

Oturum yeri onaylıyorum:
(wohnhaft in) (erkläre mich einverstanden:)

- Doktor raporlarının sevk eden veya daha fazla tedavi eden Doktorlara iletilmesi ile. (mit der Weitergabe von Befunden an überweisende bzw. weiterbehandelnde Ärzte.)
- Verilerin hizmet sağ layıcılara (laboratuvarlara) aktarılmasıyla birlikte, kan, yara sü rü ntü leri veya dokuların incelenmesi gerektiğ inde. (mit der Weitergabe von Daten an Leistungserbringern (Labore), bei erforderlicher Untersuchung von Blut, Wundabstrichen oder Gewebe.)
- Aşağ ıdaki akraba veya kiři(ler) bilgi alma hakkına sahiptir: (folgende Angehörige bzw. Person/Personen sind auskunftsberechtigt:)

..... Doğ um Tarihi (Geburtsdatum)

- Aşağ ıdaki akrabalara veya kiři(lere) reçeteler, Doktor raporları verilebilir: (an folgende Angehörige bzw. Person/Personen dürfen Rezepte, Verordnungen oder Befunde ausgehändigt werden:)

..... Doğ um Tarihi (Geburtsdatum)

Bu beyanı gelecekte herhangi bir zamanda tamamen veya kısmen iptal edebileceğ imin farkındayım. (Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.)

.....
Yer, Tarih (Ort, Datum)

.....
Hastanın veya yasal temsilcisinin imzası (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)