

Prof. Dr. med. Gereon Nelles
Dr. med. Bernd Scharpegge
Dr. med. Oliver Scharwat
Univ. Prof. Dr. med. Walter F. Haupt
-Fachärzte für Neurologie-

Dr. (uni. med. Teheran) Nastaran Mahboobi
Dr. med. Simone Cursiefen
Dr. med. Stefan Gude
Dr. med. Nora Weiduschat
Dr. med. Helene Walter
Frau C. Hutzler

Werthmannstr. 1c
50935 Köln

Datenschutzerklärung

Liebe Patientinnen und Patienten,

das Datenschutzrecht schreibt uns vor, Ihnen Folgendes mitzuteilen:

Wir weisen darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert werden.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns die Einwilligung ...

1. zur Datenübermittlung (= Zusendung eines Arztbriefes) an den uns von Ihnen genannten Hausarzt/Überweiser (der in der Regel den Überweisungsschein an uns ausgestellt hat).
2. zur Datenübermittlung (Arztbriefe und Untersuchungsergebnisse) an mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser, wenn diese zum Wohle Ihrer Gesundheit Untersuchungsergebnisse benötigen.
3. dass Ihre Person betreffende Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung angefordert werden dürfen.
4. Laboruntersuchungen mit Ihren Personalien an die mit uns zusammenarbeitende Fachlabore zu senden, da viele Untersuchungen nicht in unserer Praxis durchgeführt werden können.
5. ggf. Rezepte und Heilmittelverordnungen sowie Befunde und ärztliche Unterlagen postalisch, per Fax oder an die von mir angegebene E-Mail-Adresse gesendet oder an die von mir gewünschte Apotheke oder Adresse weitergeleitet werden. Mir ist bekannt, dass die Übermittlung per E-Mail unverschlüsselt erfolgt.
6. dass die Praxis mich im Falle von dringenden Anliegen, insbesondere bei kurzfristigen Terminänderungen, per SMS an die von mir angegebene Mobilfunknummer informieren kann.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft gemäß SGB V § 73 Absatz 1b widerrufen kann. Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Festnetz:

Mobil:

E-mail:

Hausarzt (Name und Adresse):

Ort, Datum

Unterschrift