

Einverständniserklärung zum Anlegen eines Notfalldatensatzes

Name _____

Geburtsdatum _____

Zweck des Notfalldatensatzes

Der Notfalldatensatz enthält wichtige medizinische Informationen, die im Falle eines medizinischen Notfalls schnell abgerufen werden können, um eine schnelle und gezielte Behandlung zu gewährleisten. Dieser Datensatz wird ausschließlich für Notfälle verwendet und dient dazu, Ihre medizinische Versorgung zu optimieren.

Ich, die unterzeichnete Patientin, erkläre mich einverstanden, dass die folgende Daten in meinem Notfalldatensatz hinterlegt werden:

Notfallkontakte

Telefon

Bekanntschaftsgrad

Persönliche Daten

- Name
- Geburtsdatum
- Adresse
- Telefonnummer

Gynäkologische Medizinische Informationen

- wichtige Diagnosen und Krankheitsgeschichte, wird aus der Akte entnommen
- Chronischer Erkrankungen
- Allergien

Spezielle Hinweise

- Aktuelle Schwangerschaft
- Blutgruppe
- ansteckende Erkrankungen

Datenweitergabe

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten in meinem Notfalldatensatz im Falle eines medizinischen Notfalls den behandelnden Ärzten und Notfallpersonal zugänglich gemacht werden, um eine angemessene Versorgung sicherzustellen.

Hinweise

Die Daten im Notfalldatensatz werden in Übereinstimmung mit den geltenden Datenschutzgesetzen verarbeitet und sind nur für den Notfallzugriff vorgesehen.

Die Speicherung und Verwaltung dieser Daten erfolgt durch die Praxis Züleyha Tecer.

Die Daten werden nicht ohne Ihre ausdrückliche Zustimmung an Dritte weitergegeben, es sei denn, dies ist für Ihre medizinische Versorgung erforderlich.

Widerrufsrecht

Ich bin mir bewusst, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Einwilligung zu widerrufen und den Notfalldatensatz löschen zu lassen. Der Widerruf kann schriftlich in der Praxis erfolgen.

Bestätigung

Ich bestätige, dass ich die Informationen über den Notfalldatensatz und seine Verwendung verstanden habe. Ich erkläre mich freiwillig mit dem Anlegen und der Speicherung meiner medizinischen Daten für den Notfall einverstanden.

Datum

Unterschrift der Patientin