



## Praxis für Naturheilkunde **G. Förster**

Breitscheidstraße 3 \* 19306 Neustadt-Glewe

Tel.: 038757 37471

www.g-foerster.de \* info@g-foerster.de

### **Datenschutzerklärung**

Sehr geehrte/r \_\_\_\_\_ ,

#### **das Datenschutzrecht schreibt uns vor, Ihnen Folgendes mitzuteilen:**

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

#### **Mit Ihrer Unterschrift geben Sie uns außerdem die Einwilligung ...**

1. zur Datenübermittlung ( z.B. Untersuchungsergebnisse ) an mit- und weiterbehandelnde Therapeuten oder Ärzte, wenn diese zum Wohle Ihrer Gesundheit Untersuchungsergebnisse benötigen. Falls es für Ihre Behandlung notwendig ist, geben Sie uns hiermit auch das Einverständnis, dass wir Befunde bei anderen Heilpraktikern und Therapeuten anfordern und besprechen dürfen.
2. Laboruntersuchungen mit Ihren personenbezogenen Daten (Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Diagnoseverdacht, ev. Zyklustag/Schwangerschaftswoche) werden vorzugsweise in "Laborgemeinschaft für, ganzheitliche Medizin" HH vorgenommen, deren Mitglied ich bin.  
Auszug aus dem Gesellschaftsvertrag:  
*§2, 1: Gegenstand dieser Gesellschaft ist der gemeinschaftliche Betrieb einer der Präambel entsprechenden Laborgemeinschaft. Zu diesem Zweck verlegen die beteiligten HP einen Teil ihrer Tätigkeit in die Gesellschaft.*

Gegebenenfalls nutze ich für spezielle Untersuchungen andere Partner-Labore, denen ich ebenfalls personenbezogene Daten (Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Diagnoseverdacht, ev. Zyklustag / Schwangerschaftswoche) übermittle.

Die angegebenen Patientendaten an die entsprechenden Labore werden ausschließlich zur Bewertung und Beurteilung Ihres Befundes und zu Abrechnungszwecken genutzt.

**Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.**

---

Patient:

<b>Vorname</b>	<b>Name</b>
<b>Straße</b>	<b>PLZ Ort</b>
<b>Geburtsdatum</b>	<b>Telefon</b>
<b>E Mail-Adresse</b>	<b>Anmerkung</b>

Neustadt-Glewe,

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Praxisstempel

Neustadt-Glewe,

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift