



06618 Naumburg, Kössener Straße 30, Tel. 03445-71490
06712 Zeitz, Am Herrmannschacht 8, Tel. 03441-639980
06667 Weißenfels, Selauer Straße 5, Tel. 03443-302151

.....
(Patienten-) Name, Vorname

.....
geb. am

Telefonnummer für evtl. Rückfragen:

E-Mail (optional):

Datenschutzerklärung

Hiermit bin ich einverstanden, dass bei Bedarf notwendige Bilddokumente und Befunde (zur Mit- und Weiterbehandlung) an meine behandelnden Ärzte (Praxen/ Kliniken) versendet sowie vom Radiologischen Zentrum Burgenlandkreis von anderen Praxen und Kliniken angefordert werden dürfen.

Eine online-Bereitstellung der bei uns erhobenen Bilddaten und Befunde erfolgt gemäß internationalen Sicherheitsstandards auf einem externen Server in Deutschland. Von diesem Server sind die hinterlegten Daten über einen HTTPS-Verbindung mit TLS/SSL Verschlüsselung mittels Login und Passwort für behandelnde Ärzte abrufbar bzw. haben Sie mit den Ihnen übergebenen Zugangsdaten Zugriff auf Ihre bei uns archivierten Bilddaten über eine Zwei-Faktor-Authentifizierung (ersetzt die Patienten-CD).

Von meinem Widerrufsrecht kann ich jederzeit Gebrauch machen bzw. kann die online-Bereitstellung deaktiviert werden. Bei Verlust der persönlichen Zugangsdaten können diese auch gerne neu generiert werden.

Ich bin darüber informiert, dass nach § 201 SGB VII bei Anforderungen von Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, meine Daten an diese übermittelt werden.

Ausfallhonorar **(Gebühr bei nicht erfolgter Absage zukünftiger Termine)**

Als Terminpraxis halten wir einen Termin ausschließlich für Sie frei. Sollten Sie zu Ihrem Termin unentschuldig nicht erscheinen, behalten wir uns vor, Ihnen nach § 615 BGB ein Ausfallhonorar nach GOÄ, in Höhe von 50 Euro in Rechnung zu stellen. Sollten Sie zu einem Termin verhindert sein, bitten wir um rechtzeitige Absage (mind. 24 h vorher), telefonisch oder am einfachsten per E-Mail an rgpwsf@gmail.com.

.....
Datum

X.....
Unterschrift (Datenschutz/Ausfallhonorar)