



06618 Naumburg, Kösemer Straße 30, Tel. 03445-71490
06712 Zeitz, Am Hermannschacht 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

Einverständniserklärung zur Nutzung der ePA, Datenweitergabe und Online-Bereitstellung von Bilddaten

Ich erkläre mich einverstanden, dass das Radiologische Zentrum Burgenlandkreis:

1. **Zugriff auf meine elektronische Patientenakte (ePA)** erhält und dort relevante Befunde/Bilddaten einsehen sowie eintragen darf – zur medizinischen Diagnostik und Behandlung.
2. **Bilddaten und Befunde** zur Mit- und Weiterbehandlung an meine behandelnden Ärztinnen/Ärzte (Praxen/Kliniken) übermitteln sowie entsprechende Daten bei Bedarf von anderen Einrichtungen anfordern darf.
3. **QR-Code** - meine Daten zusätzlich über einen gesicherten Server in Deutschland online bereitstellt.
 - Der Zugriff erfolgt über eine verschlüsselte HTTPS-Verbindung (TLS/SSL).
 - Behandelnde Ärzte erhalten individuelle Zugangsdaten.
 - Ich selbst kann über Zwei-Faktor-Authentifizierung auf meine Bilder zugreifen (ersetzt die Patienten-CD).
4. Mich darüber informiert hat, dass ich diese Einwilligung sowie die Online-Bereitstellung **jederzeit widerrufen** kann.
5. Im Falle einer Behandlung im Auftrag einer Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse (§ 201 SGB VII), meine Daten auf deren Anforderung übermittelt werden dürfen.

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

Als Terminpraxis halten wir einen Termin ausschließlich für Sie frei. Sollten Sie zu Ihrem Termin unentschuldigt 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.

Möglichkeiten der Absagen:

- Praxis Naumburg:
- Praxis Zeitz:
- Praxis Weißenfels:
- per E-Mail an:
- Kontaktformular auf unsere Internetseite

Tel. 03445-71490
Tel. 03441-639980
Tel. 03443-302151
rgpkirbach@gmx.de

.....
Datum

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