

# Privatpraxis für Dermatologie und Ästhetische Medizin an der Alten Oper

**Dr. med. Ute Falk**

Fachärztin für Dermatologie  
Allergologie – Venerologie – Phlebologie

Opernplatz 6

60313 Frankfurt  
Telefon (069) 133 888 50  
E-Mail: [praxis@dr-u-falk.de](mailto:praxis@dr-u-falk.de)

## Datenschutzerklärung und –Einwilligung

Sehr geehrte, liebe Patienten –

Das neue Datenschutzrecht (BDSG und DSGVO) macht es erforderlich, dass wir Ihnen Folgendes mitteilen:

1. Wir weisen Sie darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben bzw. die Sie uns ggf. telefonisch oder per E-Mail/Internet mitteilen, von uns elektronisch gespeichert werden.
2. Ihre Daten werden bei uns geschützt gespeichert, alle Mitarbeiter und Dienstleister, die ggf. Zugriff auf Ihre Daten haben, sind von uns schriftlich zur Verschwiegenheit verpflichtet worden.

### Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns Ihre Einwilligung

1. Ihre Daten geschützt zu speichern  
**Wenn Sie dies nicht wünschen, so teilen Sie uns dies bitte umgehend mit.**
2. Zur Übermittlung zum Wohle Ihrer Gesundheit notwendiger Daten, z.B. im Rahmen eines Arztbriefes oder Übermittlung von Untersuchungsergebnissen, an Sie überweisende oder Sie weiterbehandelnde Ärzte oder Kliniken. Diese Einwilligung umfasst auch die Einwilligung in die Weitergabe Ihrer persönlichen Daten durch diese von uns ausdrücklich zur Verschwiegenheit verpflichtete Labore an deren ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtete privatärztliche Abrechnungsstellen.  
**Wenn Sie dies nicht wünschen, so teilen Sie uns dies bitte umgehend mit.**
3. Falls dies für Ihre Behandlung erforderlich sein sollte, willigen Sie hiermit auch darin ein, dass wir relevante Befunde auch bei anderen Ärzten/Krankenhäusern anfordern dürfen.  
**Wenn Sie dies nicht wünschen, so teilen Sie uns dies bitte umgehend mit.**
4. Zur Übersendung von Laboruntersuchungen mitsamt der Übermittlung notwendiger persönlicher Daten an medizinische Labore.  
**Wenn Sie dies nicht wünschen, so teilen Sie uns dies bitte umgehend mit.**
5. Zur Übermittlung Ihrer persönlichen Daten an eine zur Verschwiegenheit verpflichtete privatärztliche Abrechnungsstelle zum Zwecke der Rechnungsstellung für unsere Praxis.  
**Wenn Sie dies nicht wünschen, so teilen Sie uns dies bitte umgehend mit.**

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass wir Ihnen bei einem Widerspruch Ihrerseits gegen die Weitergabe Ihrer Daten zu Abrechnungszwecken an eine privatärztliche Abrechnungsstelle für unsere Praxis die Kosten für Ihre Behandlung direkt in Rechnung stellen müssen und diese von Ihnen im Rahmen Ihres Behandlungstermins in der Praxis direkt per EC- oder Kreditkarte beglichen werden müssen. **Wir bitten Sie um Ihr Verständnis für diese aus verwaltungstechnischen Gründen erforderliche Regelung.**

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder in Teilen für die Zukunft widerrufen kann. Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden und erteile hiermit ausdrücklich meine Einwilligung zu allen Punkten

Widerspreche den Punkten

(Bitte Nichtzutreffendes streichen bzw. Widerspruchspunkte leserlich benennen)

Frankfurt, den

Name in Druckbuchstaben:

Unterschrift: