



Erklärung des Patienten / Erziehungsberechtigten

Ich bestätige hiermit, dass ich mich aktuell in augenärztlicher Behandlung befinde.

Mein Augenarzt hat mich umfassend über das Ziel und die Risiken bei der Unterstützung der Amblyopie-Therapie mit der Trainings-Software LOOKING aufgeklärt.

Mir ist bekannt, dass die computergestützte Trainings-Software LOOKING zur Unterstützung der Amblyopie-Therapie für die Behandlung funktionell bedingter Schwachsichtigkeit vorgesehen ist und eine fachkundige Diagnose und augenärztliche Begleitung voraussetzt.

Hiermit entbinde ich alle an der Behandlung Beteiligten von ihrer Schweigepflicht und erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die behandelnde Arztpraxis die für das Training und zur wissenschaftlichen Aufarbeitung notwendigen patientenbezogenen Daten an die Firma Chromis Software übermittelt.

Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten von der Firma Chromis Software zur Optimierung meines Trainings genutzt werden.

Meine Einwilligung in die Übermittlung und Nutzung der Daten kann ich jederzeit widerrufen.

Im Falle meines Widerrufs dürfen diese Daten nicht mehr von Chromis Software genutzt werden und sind zu löschen.

Name, Vorname :

Krankenkasse:

Krankenversicherungsnummer :

Sie erreichen mich bei Rückfragen über:

Arztpraxis und behandelnder Arzt:

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte senden Sie diese Erklärung unterschrieben an Chromis Software zurück.

per Fax an: 0351 / 251 77 02

oder per Post an: Chromis Software • Am Wasserwerk 45 • 01109 Dresden

oder per E-Mail an: info@chromis.de

Datenschutzhinweis:

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen und ist für die Durchführung unserer Aufgaben erforderlich. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten und zu Ihren Rechten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) finden Sie auf unserer Internetseite www.chromis.de