

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis _____
meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum
Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und
Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert
werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere
Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen
beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in
Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen
kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung
hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen
über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters