

Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name

Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass meine Patientendaten in der Praxis Drs. E. Hoffmann und St. v. Pückler erhoben und verarbeitet werden. Im Flur in der Praxis ist ein Informationsblatt zum Datenschutz zur Einsicht ausgehängt, 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 Laborpraxen, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerten) 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 **Terminereinnerungen** einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patientin/gesetzlicher Vertreter