

## Einwilligungserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

Ich

---

Name, Vorname

Geb.-Datum

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis **Dres. Wegner** meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern zu meiner Behandlung erforderlich ist. 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, Krankenhäuser 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.

Ich stimme der telefonischen Übermittlung meiner Befunde an mich selbst oder meine folgenden Angehörigen nach dem meine oder deren Identität am Telefon festgestellt wurde.

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Ich stimme der Weitergabe von meinen Unterlagen (Rezepte, Überweisungen, Arztbriefe) an folgende Angehörige zu.

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters