

**Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gemäß
Datenschutzverordnung Art.13**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, mit unserer "Patienteninformation zum Datenschutz" wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern diese gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selbst die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erstellen:

Hiermit willige ich (Name, Vorname) _____ (Geburtsdatum) _____

ein. Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine personenbezogenen Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte, Physiotherapeuten, Apotheker und andere Gesundheitsdienstleister zum Zweck meiner Untersuchung und Behandlung übermittelt und eingeholt werden dürfen. Es ist mir bekannt dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine personenbezogenen Behandlungsdaten und Laborproben an ein mit der Praxis kooperatives Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine personenbezogenen Behandlungsdaten - falls erforderlich - an einen ambulanten Pflegedienst, an betreuendes Fachpersonal eines Pflegeheims übermittelt und eingeholt werden dürfen. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft kann. Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine personenbezogenen Behandlungsdaten - falls von mir mündlich aufgefordert - in Form eines Rezeptes an eine Apotheke oder Sanitätshaus meiner Wahl von der Praxis weitergeleitet werden darf. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich erkläre mein Einverständnis zu allen aufgeführten Punkten, wobei mir bekannt ist, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. An folgende Angehörige / Personen dürfen, nach Feststellung der Identität, Behandlungsdaten weitergeben werden: (Name, Adresse, Telefon)

- 1.) _____
- 2.) _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift

