

Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich (Vorname, Name) _____

geboren am _____

erkläre mich einverstanden, dass in der Hausarztpraxis Kappes 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 betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungsbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

- Ich bin mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

- Dürfen noch andere Personen Ihre Rezepte, Überweisungen, Befunde abholen.
Wenn ja, wer?

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.

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