

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten



Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Allgemeinarztpraxis Achim Schwing meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Das Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis

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

habe ich zur Kenntnis genommen.

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 Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.
(Falls nicht zutreffend bitte durchstreichen)

Fahrenbach,

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters