

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. Art 13 DSGVO

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln (z.B. mittels Arztbrief) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Mitbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Anderenfalls müssen wir Sie bitten, die Daten selbst an die Leistungserbringer zu übermitteln oder von diesen einzuholen. Wir weisen Sie darauf hin, dass auf Basis der genannten Dokumente einen Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild zulässt. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Ich
(Vorname, Name) (Geburtsdatum)

(Anschrift)

erkläre mich einverstanden, dass

- im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte / Labore übermittelt bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten / Laboren eingeholt werden dürfen.
- meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

An folgende Angehörige /Personen dürfen, nach Feststellung der Identität, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)