

Einverständniserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten gemäß §73 Abs. 1b SGB V und Art. 13 DSGVO

1. Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten einschließlich notwendiger Daten (z.B. Telefonnummer) an mitbehandelnde Ärzte/ Leistungserbringer übermittelt werden bzw. von anderen mitbehandelnden Ärzten/ Leistungserbringern eingeholt werden dürfen.
2. Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Praxis meine Daten praxisintern offenlegt, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin darüber unterrichtet, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.
3. Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.
4. Ich willige ein, dass folgende benannte Person nachfolgend aufgelistete Daten und Verordnungen (*zutreffendes bitte ankreuzen*) durch den behandelnden Arzt oder Mitarbeiter der Praxis übermittelt bzw. übergeben werden dürfen, so dass die ärztliche Verschwiegenheit und die datenschutzrechtliche Vertraulichkeit nicht gelten für:
 - Personenbezogene Daten
 - Behandlungs- und Befunddaten
 - Rezepte- und Verordnungen

(bitte in DRUCKBUCHSTABEN)

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

ggf. Angabe Beziehungen/ Verwandtschaft, z.B.: Ehepartner, Vater, Mutter, Kind,
Lebenspartner, Freund, Nachbar: _____

Ich habe jederzeit das Recht auf eine Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten in der behandelnden Praxis und bei deren Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegensprechen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

Ich möchte weiterhin mit meinem Namen aufgerufen und angesprochen werden
(zutreffendes bitte ankreuzen)

Ja

Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters