

PRAXIS AM APOSTELHOF

Dr. C. Eisele / Dr. C. Haffer / Dr. S. Haffer / Dr. F. Umrath
Grabenstr. 1, 73033 Göppingen, Tel: 07161 – 6562320, Fax: - 6562329
team@praxis-am-apostelhof.de / www.praxis-am-apostelhof.de



Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Tel.:

Vorname _____ Name _____ Geburtsdatum _____

erkläre mich einverstanden, dass in der **Praxis am Apostelhof** 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

- 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.

Personenbezogene Berechtigungen für die Weitergabe von Daten durch die Praxis:

Vorname / Name

- _____ jegliche Unterlagen / Informationen
_____ Unterlagen (z.B. Rezepte / Verordnungen / Laborwerte)
- _____ jegliche Unterlagen / Informationen
_____ Unterlagen (z.B. Rezepte / Verordnungen / Laborwerte)
- _____ jegliche Unterlagen / Informationen
_____ Unterlagen (z.B. Rezepte / Verordnungen / Laborwerte)
- _____ jegliche Unterlagen / Informationen
_____ Unterlagen (z.B. Rezepte / Verordnungen / Laborwerte)

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, z.B. Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus, zu.

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.

Göppingen, _____
Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters