



# 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