

Einwilligungserklärung

Zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten im Sinne von § 73 Abs. 1 b SGB V
durch den Haus-/Facharzt

Vorname, Name

Tel.-Nr.

E-Mail

Wohnort

Geburtsdatum

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.
Das Informationsblatt zum Datenschutz konnte ich einsehen und ich konnte auch Rückfragen stellen

- 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

- mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- mein behandelnder (Haus-)Arzt/Psychotherapeut anderen Ärzten/Psychotherapeuten oder Leistungserbringern meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.
- mein behandelnder (Haus-)Arzt/Psychotherapeut bei meinen anderen Ärzten/Psychotherapeuten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden (Haus-)Arzt/Psychotherapeut zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt / weiterbehandelnder Arzt ist:

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. Den Widerruf richten Sie bitte schriftlich an:

Praxis Anne-Kathrin Kleine/ Dr. Reimling

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

VOR ORT GUT VERSORGT.