

Einwilligungserklärung

zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten im Sinne
von § 73 Abs. 1b SGB V durch den Hausarzt

Ich

Vorname, Name, Geburtsdatum, Wohnort

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis 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

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.
- mein behandelnder Hausarzt bei meinen anderen Ärzten/Psychotherapeuten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Hausarzt zu erbringen ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen, als Behandlungszwecken, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

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.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw.
des gesetzlichen Vertreters