

## **Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten**

Ich, \_\_\_\_\_ (Vorname, Name)

erkläre mich einverstanden, dass in der oben genannten Praxis meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis wurde mir ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte, wie z. B.:

- 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 oder Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte oder 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.

**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.**

ja     nein

Aufgrund der standesrechtlich bestehenden Dokumentationspflicht von Ärzten und der in den bestehenden Abrechnungssystemen gesetzlich zwingend notwendigen Datenerfassung und -übermittlung ist eine Behandlung in unserer Praxis ohne Unterzeichnung dieser Erklärung nicht möglich!

**Optional:** Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen zu. Insbesondere bin ich mit Informationen und Terminerinnerungen (notwendige Kontrolluntersuchungen, etc.) über den Behandlungsfall (Kalendervierteljahr) hinaus einverstanden.

ja     nein

Ort, Datum, Unterschrift Patient \_\_\_\_\_

---