



## Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich: \_\_\_\_\_

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Drs. Paul/Chwat/Gast meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Den Aushang/das handout zum Datenschutz in der Praxis habe ich gelesen, 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.

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.

Optional:

Ich stimme dem Versand von Befunden per Telefax / E-Mail zu.

Ich bevollmächtige \_\_\_\_\_ Rezepte/Formulare unter Vorlage meiner Versicherungskarte in meinem Namen abzuholen.

Mannheim, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters