



2.3.2 25(7) Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Im Sinne von §73 Abs. 1 b SGB V durch den Haus-/ Facharzt

Ich

Vorname, Name, Geburtsdatum

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.

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Terminerinnerungen (Telefon/ E-Mail) über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Meine E-Mailadresse lautet:

- Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass Informationen über meinen Gesundheitszustand an folgende Familienangehörige telefonisch/ schriftlich weitergegeben werden dürfen:

Vorname/ Name und Geburtsdatum des Angehörigen:

.....
.....
.....

Das Informationsblatt „Patienteninformation zum Datenschutz“, das zum Lesen und zur Mitnahme ausliegt, habe ich zur Kenntnis genommen.

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. gesetzlichen Vertreters