



**Einverständniserklärung
zur Erhebung bzw. Übermittlung von Patientendaten
Gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass in der Praxis meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ein Informationsblatt zum Datenschutz liegt in der Praxis aus, zu welchem ich auch Rückfragen stellen kann

- über den Umfang und die Art meiner Daten.
- über die Rechtsgrundlage meiner Datenverarbeitung.
- über die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an weitere mich behandelnde Ärzte, Psychotherapeuten und Leistungsbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen bspw. auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (z. B. Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an weitere mich behandelnde Ärzte, Psychotherapeuten und Leistungsbringer zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- meine persönlichen Daten einer Abrechnungsstelle weitergegeben werden.

Darüber hinaus gebe ich der Praxis die Möglichkeit meine Daten für bestimmte andere Zwecke, die über die Behandlung hinausgehen, zu nutzen. Hierzu zählen insbesondere Praxismailings, Faxe, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus. Die Nutzung oder die Weitergabe der Daten zu Werbezwecken ist nicht gestattet. (Bitte ankreuzen)

Ich erkläre mich mit der Nutzung meiner Daten einverstanden.

Ich stimme dem oben genannten nicht zu. Somit habe ich auch kein Anrecht darauf und muss für diese Leistungen gegebenenfalls persönlich in die Praxis kommen.

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 und Datum

Unterschrift