

## Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Name : \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Konrad Pumpe meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ein Informationsblatt liegt in der Praxis aus, 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.
- meine Daten im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger übermittelt werden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Gegebenenfalls ist eine weitere Behandlung nicht mehr möglich.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Dateiname: Einverständniserklärung_ Datenübermittlung_180525.doc	Erstellt / Geändert am: 29.11.2016/25.05.2018	Gültig ab: 25.05.2018	Seite 1 von 1
--	--	--------------------------	---------------