

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

ID:

wird von der Praxis ausgefüllt

Ich,

Name, Vorname Patient (oder gesetzlicher Vertreter)

erkläre mich einverstanden, dass in der **Praxis Dr. med. Udo Richter**

meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Ein Informationsblatt zum Datenschutz liegt in der Praxis zur Einsichtnahme 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.

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/Freiwillig:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu evtl. Terminänderungen oder Terminerinnerung (z. B. für fällige Gesundheitsuntersuchungen oder Impfungen) zu.
- Ich bin einverstanden, dass zum Zweck der Informationsübermittlung (z. B. Terminänderung / wichtige Befundmitteilung) auf meinem Anrufbeantworter / meiner Mailbox Nachrichten hinterlassen werden dürfen.
- Ich bin einverstanden, dass . z. B. im Falle, dass ich erkrankt oder verhindert bin . **folgende Person/-en meines Vertrauens** in der Praxis Unterlagen für mich abholen dürfen (z. B. Rezepte o. Ä.) oder medizinische Auskünfte über mich erhalten können . mit PASSWORT (z. B. Laborwerte o. Ä.).

Falls Sie hiermit nicht einverstanden sind, können wir keiner anderen Person Ihre Rezepte o. Ä. aushändigen.

Mein Passwort: _____

Ort, Datum Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters