



Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

(Bitte in Druckbuchstaben und leserlich ausfüllen)

NAME, VORNAME		GEBURTSDATUM
PLZ, WOHNORT	STRASSE, HAUSNUMMER	TELEFON (FESTNETZ) / HANDY-NR.

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der **Praxis Endokrinologie und Diabetologie im Zentrum** meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ein Informationsblatt zum Datenschutz konnte ich in der Praxis einsehen. Ich hatte die Möglichkeit Rückfragen zu stellen

- 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, an meinen **Hausarzt oder überweisenden Arzt** Dr.med. _____
(Name des Arztes, PLZ, Ort)
_____ übermittelt werden dürfen.
(Straße u. Hausnummer)
- mich betreffende Behandlungsdaten, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind, an Leistungserbringer (Labor oder Radiologie) übermittelt werden dürfen.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass

- Befunde per E-Mail übermittelt werden dürfen. Allerdings setzen wir Sie hiermit in Kenntnis, dass keine gesicherte Übertragung erfolgt und die Emails ggfs. durch Dritte eingesehen werden können.

NEIN JA _____
E-MAIL-ADRESSE

- Überweisungen, Rezepte oder andere Unterlagen an Familienangehörige herausgegeben werden können.

NEIN JA

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 _____