



Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

NAME, VORNAME

GEBURTSDATUM

PLZ, WOHNORT

STRAÙE, Hausnummer

Telefon (Festnetz) / Handy-Nr.

EMAIL-ADRESSE

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 / überweisenden Arzt** Dr. med. _____ übermittelt werden dürfen.
(Name des Arztes, Ort)
- 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 Email übermittelt werden dürfen. Allerdings setzen wir Sie hiermit in Kenntnis, dass keine gesicherte Übertragung erfolgt und die Emails ggfs. durch Dritte eingesehen werden können.

JA NEIN

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

JA NEIN

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