

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name

Geburtsdatum

In der **Praxis Dr. G. Willinger, Dr. V. Seitz und Kollegen** werden meine Patientendaten erhoben und verarbeitet. Ein Informationsblatt zum Datenschutz steht in der Praxis zur Verfügung und ist einsehbar, hierzu konnte ich Rückfragen stellen

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen.

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 Laborwerte, die zur Erstellung von Befunden in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und die Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Walldorf,

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Bearbeiter/in	Freigabe durch/am	Version	Seite
PL	PL 2021-02-24	6	1 von 2

Erweiterte Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Es ist mir bekannt, dass ich auch diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Walldorf,

_____ Datum

_____ Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Bearbeiter/in	Freigabe durch/am	Version	Seite
PL	PL 2021-02-24	6	2 von 2