



Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Name, Vorname des Patienten

Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass in den Arztpraxen der MVZ Am Schlossplatz gGmbH meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich habe das Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis gelesen, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte. Auf Wunsch wird mir dieses Informationsblatt zur Mitnahme ausgehändigt:

- 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 und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden oder privatärztliche Verrechnungsstellen, für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- Optional*: meine Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, genutzt werden. Insbesondere bin ich mit Praxismailings sowie telefonischen oder schriftlichen Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden. *Nichtzutreffendes streichen

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.

Rastatt, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters