



## Patienteneinwilligung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser) übermitteln zu dürfen und Ihnen weitere Service-Angebote anbieten zu können, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich, \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ ein,

- dass die Hausarztpraxis Volksdorf (Dr.Parey, Dr.Hempel, Dr.van de Bergh und Frau Rütter et al.) Behandlungsdaten und Befunde von mir einholen, die mitbehandelnden Ärzten, Psychotherapeuten oder anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinem Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
- dass meine behandelnden Hausärzte Behandlungsdaten und Befunde an mitbehandelnde Ärzte oder andere Leistungserbringer, bei denen ich in Behandlung bin, weiterleitet.
- dass an folgende Angehörige/Personen, nach dem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden dürfen:  
Name:\_\_\_\_\_Geburtsdatum:\_\_\_\_\_  
Name:\_\_\_\_\_Geburtsdatum:\_\_\_\_\_  
Name:\_\_\_\_\_Geburtsdatum:\_\_\_\_\_
- dass Unterlagen per E-Mail/Fax geschickt werden.
- dass meine Daten für einen Erinnerungsservice („Recall“) per Post E-Mail SMS Verwendet werden dürfen.

Dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter