

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name

erkläre mich einverstanden, dass in der Familienpraxis Aalen meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen könnte insbesondere

- 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/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 Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- nur auf schriftliche Anforderung meinerseits meine Daten nach 10 Jahren gelöscht werden.
- sofern ich privatversichert bin, die jeweils für die Abrechnung notwendigen Diagnosen und Leistungsdaten an die betreffende privatärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden.
- die Übermittlung der Daten an die vorstehend genannten Stellen per Brief, Fax, E-Mail (unverschlüsselt), mündlich oder fernmündlich erfolgt.

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.

Diese von Ihnen unterschriebene Ausfertigung wird in Ihrer Patientenakte elektronisch aufgenommen; auf Nachfrage können Sie eine Kopie erhalten.

Wen können wir bei Notfällen kontaktieren? Angehörigenkontaktdaten: Telefonnummer + Adresse:

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters