

Information und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung für Behandlungszwecke

Name:

Geburtsdatum:

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*, Labore*) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Hiermit willige ich ein, dass meine Daten an weiterbehandelnde Ärzte/ Krankenhäuser oder Labore weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergabe bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich den weiterbehandelnden Arzt/das Krankenhaus oder das Labor von der Schweigepflicht.

Datum / Unterschrift

Um Ihnen unser Service Angebot anbieten zu können (Erinnerung an Kontrolltermine, Übermittlung von Informationen) bedarf es ebenfalls Ihrer Einwilligung.

Hiermit willige ich ein, per Brief, Email oder Telefon kontaktiert zu werden.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung gegenüber dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen werden kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergabe bleiben dadurch rechtmäßig. Die Einwilligung ist freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

Datum / Unterschrift

* Die genaue Anschriften sind beim Personal der Anmeldung zu erfragen.

Einwilligungserklärung Datenweitergabe an Dritte

Name:

Geburtsdatum:

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zusätzlich zu mit- und weiterbehandelnden Ärzten folgenden Personen telefonisch Auskunft bzgl. meiner Daten geben dürfen:

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum / Unterschrift