

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG/ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN § 73 Abs. 1 b SGBV

Nachname

Vorname

Geb.-Datum

Telefonnummer / Handynummer

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis:

Dres. Roll/Marquardt
Schwabstrasse 26
70197 Stuttgart

meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Auf die Möglichkeit zum Einblick in der Praxis zur Patienteninformation zum Datenschutz über Umfang und Art meiner Daten, Rechtsgrundlagen der Verarbeitung, Möglichkeiten zum Widerspruch etc. wurde ich hingewiesen und haben diese verstanden.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten (z.B. Hausärzte, Radiologen, Neurologen, Krankenhäuser etc.) und Leistungserbringern (z. B. Physiotherapeuten) zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte (z.B. Hausärzte, Radiologen, Neurologen, Krankenhäuser etc.) und Leistungserbringer (z.B. Physiotherapeuten) 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.

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

Datum

Unterschrift Patient/in oder gesetzliche(r) Vertreter/in

