

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG DATENSCHUTZ - ZUR ERHEBUNG / ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN

Hiermit willige ich

Name: **Geb.Datum:**

Adresse:

ein, dass in der Gemeinschaftspraxis Dr. med. Warnecke / Hillejan / Schulte-Hillen meine personenbezogenen Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Ich wurde über die Möglichkeit aufgeklärt, die Datenschutzerklärung auf der Website der Gemeinschaftspraxis oder als Informationsblatt einzusehen.

Zu dieser konnte ich auch Rückfragen stellen

- 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 er 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 die Diagnose erforderlich sind.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters