

	<b>Patienten Einwilligung</b>	Seite 1 von 1
		Check:      Version

## Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Adresse

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Praxisdaten ( Praxis für Neurologie in Heimsheim ) erhoben und verarbeitet werden dürfen. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte.

- 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 betreffende Behandlungsdaten zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.

Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass betreffende Behandlungsdaten und Befunde an behandelnde Ärzte und Psychotherapeuten, Leistungserbringer (z.B. Labor und Radiologen ) übermittelt werden dürfen.

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen zu, z.B. Praxismailing, Informationen und Terminerinnerungen, Bestellung von Rezepten oder Überweisungen über das Telefon oder Praxis-E-Mail.

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.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_