

# Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten



Hausärztliches  
Zentrum Poling

Ihre fachärztliche Rundum-Betreuung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Einwilligung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten (gemäß Art.7, Art.9 DSGVO, §73 Abs.1b SGBV)

- Ja**, ich erkläre mich einverstanden, dass meine behandelnde Praxis jegliche mich betreffenden Berichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder und Laborwerte
- bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung und Erbringung der erforderlichen ärztlichen Leistungen anfordern, nutzen und weiterverarbeiten darf.
  - an andere Ärzte und Leistungserbringer zum Zwecke der Behandlung und der von den jeweiligen Stellen zu führender Dokumentation weitergeben werden darf.

Das Einverständnis gilt auch für telefonische Erhebung und für Übermittlung per Fax.

- Nein**, ich möchte nicht, dass durch meine behandelnde Praxis Berichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder und Laborwerte an Ärzte/ Krankenhäuser weitergeben werden. Das gilt auch für telefonische Anfragen und Übermittlung per Fax.

Wir weisen darauf hin, dass damit ggf. eine weitere Behandlung nicht mehr oder ggfs. nur eingeschränkt möglich ist.

## Einwilligung zur Übermittlung von Patientendaten an Angehörige (Art.7, Art.9 DSGVO)

- Ja**, ich erkläre mich einverstanden, dass meine behandelnde Praxis jegliche mich betreffende Untersuchungsbefunde, Laborwerte, Überweisungen, Rezepte oder andere medizinische Unterlagen auf Anforderung an die untenstehend bezeichneten Angehörigen weitergeben darf.

Das gilt auch für telefonische Anfragen und eine Weitergabe per Fax. Insofern entbinde ich meine behandelnde Praxis um eine Weitergabe meiner Behandlungsdaten und Befunde an meine Angehörigen, insbesondere unter Nutzung der vorstehenden Medien zu ermöglichen von der ärztlichen Schweigepflicht.

**Name Angehörigen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Nein**, ich möchte nicht, dass durch meine behandelnde Praxis Berichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder und Laborwerte an Angehörige weitergeben werden. Das gilt auch für telefonische Anfragen und Übermittlung per Fax.

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

Weitere Informationen zum Datenschutz in unserer Praxis, Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten können Sie unserer Patienteninformation zum Datenschutz entnehmen, die in unserer Praxis einsehbar ist bzw. auf Verlangen in Abschrift ausgehändigt wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/ gesetzl. Vertreter