

EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG ZUR Erhebung/ Verarbeitung/ Nutzung/ Speicherung/ Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V sowie der Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) in der ab dem 25.05.2018 geltenden Fassung.

Ich,

Vorname:		Nachname:	
PLZ:		Wohnort:	
Strasse:		Geburtsdatum:	

erkläre mich einverstanden, dass

mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt, der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt ist: _____
(Name)

(Strasse und Ort)

Desweiteren autorisiere ich folgende Person, in meinem Namen Dokumentationen und von der Praxis ausgestellte Berichte/ Formulare abzuholen:

Vorname/ Name/ Geburtsdatum/ Adresse

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

(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. seines gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.