Einwilligungserklärung zur Erhebung /

Übermittlung von Patientendaten

Ich

*Vorname, Name, geb Datum*

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis S. Fetzer/ Dr. O. Grün meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Mir wurde eine Kopie der zum heutigen Zeitpunkt aktuellen Patienteninformation zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt.

Ich habe die Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen und konnte dazu auch Rückfragen stellen, wie beispielsweise

* 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 der 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 Diagnose erforderlich sind.

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. gesetzlichen Vertreters*