



EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Übermittlung, Verarbeitung und Einholung von Patientendaten

Angaben zu Ihrer Person:

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Nr.	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Krankenkasse	<input type="text"/>	Versicherungsnummer	<input type="text"/>

1. Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sei, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnden Ärzte oder andere mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Mit der Auswahl einer der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular erteilen Sie unserer Praxis

DR. HELDMANN+TEAM, Bahnhofstraße 25, 65185 Wiesbaden

die hierfür erforderliche Einwilligung.

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnden Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.
- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten ausschließlich an nachfolgende Ärzte oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen:

- Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

2. Berechtigung(en) Dritter

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne(n) Angehörige(n) oder sonstigen Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität (z.B. amtlicher Ausweis) festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben zu dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten

Umfang

- Nur Rezepte
- Nur Überweisungen
- Sämtliche Behandlungsdaten
- Nur Rezepte
- Nur Überweisungen
- Sämtliche Behandlungsdaten
- Nur Rezepte
- Nur Überweisungen
- Sämtliche Behandlungsdaten

3. Patientenservice (Recall)

Wenn Sie möchten, informieren wir Sie in Zukunft über bestimmte Termine o.ä. (z.B. Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen). Wir möchten uns dann schriftlich, telefonisch oder per email, SMS oder andere neue Kommunikationswege. Hierzu benötigen wir gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Ihre schriftliche Einwilligung.

- Ich willige ein, dass ich über bestimmte Termine o.ä. schriftlich, telefonisch, per email, SMS oder andere neue Kommunikationswege informiert werde.
- Nein, ich willige nicht ein, dass ich über bestimmte Termine o.ä. schriftlich, telefonisch, per email, SMS oder andere neue Kommunikationswege informiert werde.

4. Widerruf

Ich wurde darüber aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters