

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Name des Patienten:

Die Europäische Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) macht es erforderlich, dass wir als Praxis unsere Datenverwaltung- und Verarbeitung und damit auch unsere internen Abläufe entsprechend überarbeiten, sodass der jeweilige Datenschutz gewährleistet ist.

Ich

Vorname, Name

erkläre mich einverstanden, dass in der **Praxis Dr. Saulean** laut Bundesmantelvertrag der Ärzte mit den Krankenkassen, meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

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 (vorausgesetzt es liegt eine Schweigepflichtentbindung vor)
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen (vorausgesetzt es liegt eine Schweigepflichtentbindung vor). 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