

Patienten Nr. \_\_\_\_\_  
(wird von uns ausgefüllt)

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

### **EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG/ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN**

(gem. § 73 Abs. 1b SGB V)

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.
- Ich bin hiermit darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger und andere Ärzte sowie Labore übermittelt werden.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass mein Gynäkologe mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.

### **DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNGS-ERKLÄRUNG FÜR DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER PATIENTENDATEN GEM. ART. 6,7 ABS. 1 LIT. a DSGVO**

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für (bitte ankreuzen)

Termin-Erinnerung

Befunde / Fremdbefunde per Email oder Post senden

durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art.7 Abs.3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art.7 Abs.3 Satz 2 DSGVO).

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

