DR HOFFMANNS
Hausarztpraxis

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich, _____
Vorname Name Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass in der Gemeinschaftspraxis (üBAG) **Dr. med. Philipp Hoffmanns, Hauptstraße 41, 76287 Rheinstetten** und **Dr. med. Wibke Hoffmanns, Degenfeldstr. 8, 76131 Karlsruhe** meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- 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.

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

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

DR HOFFMANNS
Hausarztpraxis

Einwilligungserklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ergänzend zur Datenschutzerklärung und Einwilligung zur Übermittlung von patientenbezogenen Daten bin ich damit einverstanden, dass folgende Daten:

❏ **alle patientenbezogene Daten**

❏ **Rezepte**
❏ **Überweisungen**
❏ **Befunde**

❏ **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen**
❏ **Gutachten**
❏ **Sonstige _____**

zum Zweck der unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen im Rahmen meiner Behandlung an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität zweifelsfrei festgestellt wurde:

Name, Vorname: _____ geb. am _____

Name, Vorname: _____ geb. am _____

Name, Vorname: _____ geb. am _____

Name, Vorname: _____ geb. am _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

_____ _____ Ort, Datum Unterschrift des Patienten/ des gesetzlichen Vertreters