



Einwilligungserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

Ich

Name, Vorname, Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis
Drs. med. Klostermann und Brözel, Daimlerstr. 70, 74545 Michelfeld,
meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.
Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu
welchem ich 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 Leistungserbringern übermittelt werden dürfen.
Dazu gehören beispielsweise auch Labore und pathologische Institute, mit denen
wir zusammenarbeiten, um bestimmte Werte oder mikroskopische
Gewebeuntersuchungen erstellen zu lassen, die wir für die Behandlung und
Diagnose benötigen.

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