

## PATIENTENEINWILLIGUNG ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln (z.B. mittels Arztbrief) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es an **einigen** Stellen Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Mitbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Anderenfalls müssen wir Sie bitten, die Daten selbst an die Leistungserbringer zu übermitteln oder von diesen einzuholen. Für die Auskunft und den Austausch Ihrer Daten an und mit Ihren Angehörigen, bedarf es ebenfalls Ihrer Einwilligung. Wir weisen Sie darauf hin, dass auf Basis der genannten Dokumente ein Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild möglich ist.

**Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen (bitte ankreuzen und ausfüllen):**

Hiermit erkläre ich,

**Vor- und Nachname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefon-(Handy-)Nummer:** \_\_\_\_\_

mich mit meiner Unterschrift damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten (z. B. Stammdaten, Versicherungsdaten und Gesundheitsdaten) zum Zwecke der kontinuierlichen Behandlung und lückenlosen Dokumentation mit folgenden Leistungserbringern ausgetauscht werden dürfen:

- weiterbehandelnde Fachärzte, Physio-/ Ergotherapeuten
- Hausarzt (Name und Ort bitte hier angeben): \_\_\_\_\_
- im Rahmen eines stationären Aufenthaltes mit dem entsprechenden Krankenhaus zum Austausch wichtiger und behandlungsrelevanter Gesundheitsdaten
- Ambulanter Pflegedienst/Seniorenheim

Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift damit einverstanden, dass  Rezepte von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen und  Auskunft bzgl. meiner personenbezogenen Daten geben dürfen:

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

### Bisherige Behandlung:

Ich wurde in den letzten 10 Jahren aufgrund meiner Herz-/Kreislaufkrankung bereits behandelt.

Nein /  Ja, von:

Arzt/Ärztin (Name und Ort) \_\_\_\_\_

Krankenhaus (Name und Ort) \_\_\_\_\_

Für eine ausführliche Information zum Verarbeitungszweck Ihrer Daten, Ihrer Rechte und der Rechtsgrundlage verweisen wir auf die am Empfang ausgelegte **Patienteninformation zum Datenschutz**. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diese zur Kenntnis genommen und dem Datenaustausch mit den o.g. **Leistungserbringern und Angehörigen** zustimmen. Diese Einwilligung kann jederzeit in Teilen widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift (Patient/Bevollmächtigter)

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname in Druckbuchstaben