

## Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Name, Vorname

geboren am

erkläre mich einverstanden, dass in der Hausarztpraxis Schafhausen, namentlich Alexander Berner, meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich wurde auf ein, in der Praxis aushängendes, Informationsblatt zum Datenschutz hingewiesen, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über die Rechtsgrundlage der Verarbeitung
- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- **die durch Dr. Ulrich Wahl erhobenen und dokumentierten Behandlungsdaten und Befunde von dem neuen Praxisinhaber Alexander Berner eingesehen und zu meiner Behandlung genutzt werden dürfen**
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden dürfen
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen z.B. 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.

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne Angehörige oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen.

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.datum eintragen)


Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter