

Doktorhaus MVZ

Betriebsstätte Warnemünde

Fachärzte für Allgemeinmedizin

Claudia Charlet-Oldach

Stefanie Wild

Dr. Beatrice Burmeister



Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine umfassende medizinische Behandlung ist es in bestimmten Fällen notwendig, dass Informationen über Ihre Gesundheit zwischen unserer Praxis und anderen an Ihrer Versorgung beteiligten Stellen ausgetauscht werden – z.B: Fachärzte, Krankenhäuser, Labore oder therapeutische Einrichtungen.

Um diesen Austausch datenschutzkonform durchführen zu können, benötigen wir ihre Einwilligung.

Hiermit willige ich ein,

dass meine personenbezogenen Daten (z.B. Name, Geburtsdatum, Kontaktdaten, Krankenkasse, Diagnosen, Befunde, Anamnesen, Therapien, Medikationspläne und weitere gesundheitsbezogene Informationen) von der behandelnden Praxis **zum Zwecke der weiteren medizinischen Behandlung, Befundanforderung, ärztlichen Kommunikation oder Dokumentation** - im erforderlichen Umfang – **weitergegeben werden dürfen an:**

- ☐ andere an der Behandlung beteiligten Ärztinnen und Ärzte bzw. medizinische Einrichtungen
- ☐ Labore
- ☐ Krankenhäuser / Medizinische Versorgungszentren
- ☐ Psychotherapeut:innen oder andere therapeutische Fachpersonen
- ☐ Pflegeeinrichtungen (falls relevant)
- ☐ andere: _____

Ebenso willige ich ein,

dass **diese Stellen auf Anfrage hin Informationen über meine Behandlung an diese Praxis übermitteln dürfen**, sofern dies für meine medizinische Versorgung erforderlich ist.

Ich wurde darüber informiert, dass:

- diese Einwilligung **freiwillig** erfolgt und ich sie **jederzeit mit Wirkung für die Zukunft formfrei widerrufen** kann,
- bis zum Widerruf erfolgte Datenübermittlungen **rechtmäßig bleiben**,
- meine Daten ausschließlich im erforderlichen Umfang und **zweckgebunden gemäß DSGVO** verarbeitet werden,
- ich ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung meiner Daten habe,
- mir eine Patienteninformation zum Datenschutz zur Verfügung steht.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu.

Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Mitbehandlung anfordern darf. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch Email 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