

Einverständniserklärung

Name, Vorname des Patienten

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Einwilligungen (Schweigepflichtsentbindung)

☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. (§ 73 Abs. I b SGB V)

☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden. (§ 73 Abs. I b SGB V)

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten (auch Untersuchungs- und Behandlungsdaten) an weitere Behandler (Vor- und Nachbehandler, Therapeuten usw.) weitergegeben werden, sofern dies notwendig ist.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass Informationen der Behandlung zwecks Terminvereinbarungen folgender Person mitgeteilt werden darf (z. B. Ehepartner:in / Pflegedienst):

☐ Ich möchte kostenfrei Informationen über (ggfs. auf mich zugeschnittene) medizinische Themen erhalten.

Rechte

Mein/e Einwilligung/Einverständnis ist freiwillig und kann jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Im Übrigen stehen mir auch sonst alle Rechte nach der Datenschutzgrundverordnung zu. Alle Informationen dazu können Sie den von uns bereitgestellten Datenschutzhinweisen entnehmen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des
gesetzlichen Vertreters