

**Einwilligungserklärung**  
**zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten gemäß Art. 9 Abs. 2 (a) DSGVO**

Ich

---

Vorname	Name	Geburtsdatum
---------	------	--------------

---

Tel.-Nr.	Email- Adresse
----------	----------------

erkläre mich damit einverstanden, dass die in der **Gynäkologischen Gemeinschaftspraxis Weinheim** tätigen Ärztinnen, deren etwaige Vertreter und deren Angestellte in meine Patientendaten Einsicht nehmen, Daten erheben und verarbeiten dürfen.

Die Informationen zur Datenverarbeitung (Art. 13 DSGVO Rechte der betroffenen Personen) können Sie im Internet unter [www.gyn-gemeinschaftspraxis-weinheim.de](http://www.gyn-gemeinschaftspraxis-weinheim.de) abrufen. Auf Anfrage wird Ihnen das Informationsblatt auch in der Praxis ausgehändigt.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- meine behandelnde Ärztin oder deren Vertreter meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt (§ 73 Abs. 1 b SGB V).
- meine behandelnde Ärztin oder deren Vertreter meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt. Empfänger können z.B. andere Ärzte, Psychotherapeuten oder Leistungserbringer (wie beispielsweise Labore) sein.
- meine behandelnde Ärztin oder deren Vertreter von meinen anderen Behandlern (z.B. Ärzten, Psychotherapeuten) oder anderen Leistungserbringern (z.B. Labore) die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde übermittelt bekommt und zum Zweck der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- **Privat- bzw. wahlärztliche Leistungen:** Im Fall der Inanspruchnahme von abrechnungspflichtigen Untersuchungen werden Daten zum Zwecke der Abrechnung an die entsprechenden Abrechnungsstellen übermittelt und verarbeitet, z.B. Privatärztliche Verrechnungsstelle, zuständiges Labor.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Das hat zur Folge, dass ab dem Zeitpunkt des Widerrufs keine personenbezogenen Daten mehr erhoben oder verarbeitet werden und eine Weiterbehandlung dadurch nicht möglich ist.

Zusätzliches Service-Angebot:

Ich bin mit der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen als Behandlungszwecken, insbesondere Informationen, Terminerinnerungen oder Praxismailings über den Behandlungsfall hinaus einverstanden. Es ist mir bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Die Zustimmung ist freiwillig, das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

---

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

**Hinweis zur elektronischen Patientenakte (ePA)**

Wenn Sie eine elektronische Patientenakte haben, befüllen wir diese mit relevanten Befunden aus der aktuellen Behandlung, wenn wir diese selbst erhoben haben. Dazu gehören z.B. Befundberichte und Labordaten. Denken Sie daran: Es ist **Ihre** elektronische Patientenakte. Sie entscheiden, welche Daten hineinkommen und wer sie sehen darf. Wenn Sie zum Beispiel nicht möchten, dass wir einen Befundbericht oder Arztbrief in Ihre ePA einstellen, geben Sie uns Bescheid. Mit der ePA- App können Sie auch selbst einzelne Befunde oder z.B. die Medikationsliste komplett verbergen oder nur für bestimmte Behandler freigeben.