

NAME, VORNAME: _____

GEBURTSDATUM: _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

ZUR ERHEBUNG / ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN GEM. ART. 13 DSGVO:

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte, Labore, Krankenhäuser und zuständige Kostenträger, unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen, übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelten Ärzten, Laboren, Krankenhäusern und zuständigen Kostenträgern eingeholt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplin zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinisch / therapeutischen Behandlung meine Behandlungsdaten an kooperierende Firmen für Hilfsmittelprodukte übermittelt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

An folgende Angehörige/ Personen dürfen nach Feststellung der Identität Behandlungsdaten (Rezepte, Bescheinigungen, Anträge) weitergegeben werden:

Name	Adresse	Telefon

Die im Wartezimmer ausgehängte Patienteninformation zum Datenschutz, die auf Wunsch auch als Kopie ausgehändigt wird, habe ich zur Kenntnis genommen.

Gunzenhausen, den _____
(Datum) (Unterschrift Patient)