

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(NAME , VORNAME)

GEB AM: \_\_\_\_\_



**DR. SCHORRADT  
&  
DR. BIEDERBECK**  
WIR SORGEN FÜR BEWEGUNG

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

**Orthopädische Gemeinschaftspraxis**

Dr. med. Siegfried Schorrardt  
Dr. med. Kai-Uwe Biederbeck

Wilhelm-Lux-Straße 1  
D-91710 Gunzenhausen

Tel. (0 98 31) 80 288  
Fax (0 98 31) 89 727

info@ortho-gun.de  
www.ortho-gun.de

**BITTE AUSWAHL ANKREUZEN, WENN GEWÜNSCHT**

↓

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.

↓

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

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum (Unterschrift Patient)