

Einverständniserklärung

zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten
gem. Art. 13 DSGVO



Ihre Hausarztpraxis
**GROSS
BURGWEDEL**

Name, Vorname: _____

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte / Labore übermittelt werden bzw. von anderen mitbehandelnden Ärzten / Laboren eingeholt werden.
Dies kann sowohl **telefonisch** als auch **schriftlich** oder per **Fax** erfolgen.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Grossburgwedel mich an medizinisch indizierte Kontroll- oder Impftermine erinnert schriftlich telefonisch.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde / Laborwerte per E-Mail an an mich selbst, einen mitbehandelnden Arzt oder Psychotherapeuten oder eine andere Stelle (unten eintragen) geschickt werden. Mir ist bewusst, dass E-Mails nicht vertrauenswürdig sind und die Daten auf diesem Weg verloren gehen oder abgefangen werden können.

Sollte ich selbst verhindert sein, dürfen nach Feststellung der Identität folgende Personen / Apotheken/ Pflegedienste Rezepte/ Überweisungen und andere Formulare für mich abholen.

Name	Adresse	Telefonnummer

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Partnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegen stehen.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Pat. bzw. Vertreters