

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich _____

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. med. Johann-Thomas Schmidt, Dr. med. Thorsten Schlenker und Dr. med. Mira Veeseer meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich hatte die Möglichkeit, mir die Informationen zum Datenschutz im Praxisaushang bzw. einem mir ausgehändigten Ausdruck durchzulesen und Rückfragen zu stellen

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- ich meinen behandelnden Arzt über einen Wechsel des Hausarztes informiere.

Mein Hausarzt ist: _____

Meine Telefonnummer ist: _____

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zum Zwecke von Recalls über vorgeschlagene Untersuchungsverlaufskontrollen zu.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters