

Einwilligungserklärung
zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten



Name (Druckbuchstaben)

Vorname (Druckbuchstaben)

Geb.-Datum

1. Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Mit der Auswahl **einer** der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular, erteilen Sie dem Diabeteszentrum (Tibarg 1b) die hierfür erforderliche Einwilligung.

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.
- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten ausschließlich an nachfolgende Ärzte oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen:

----- -----

- Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass mich das Praxispersonal über notwendige Termine und Terminänderungen informiert und mich schriftlich, telefonisch, per SMS, Email oder Praxis-App kontaktiert.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu Qualitätssicherungsmaßnahmen der Praxis (z.B. Zertifizierung, WinDiab) verwendet werden dürfen.

2. Berechtigung Dritter

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne Angehörige oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen) ----- -----	Umfang der Herausgabe von Informationen: <input type="radio"/> Nur Rezepte <input type="radio"/> Sämtliche Behandlungsdaten
--	---

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen) ----- -----	Umfang der Herausgabe von Informationen: <input type="radio"/> Nur Rezepte <input type="radio"/> Sämtliche Behandlungsdaten
--	---

3. Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters