



Ich

Vorname, Name, Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass in dieser Klinik meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Über die Informationen zum Datenschutz in der Klinik konnte ich mich am Aushang informieren. Hierzu konnte ich auch Rückfragen 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/Krankenhäuser und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten/Krankenhäuser 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 erkläre mich nicht einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten/Krankenhäuser und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten/Krankenhäuser 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.

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.

HINWEIS!

Bei einem Widerruf kann eine Behandlung/Weiterbehandlung nicht durchgeführt werden; das gilt nicht bei einem Notfall.

Name, Vorname
--bitte in Blockschrift--

Datum, Unterschrift des Patienten



Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen oder Rückfragen (z.B. telefonisch) über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Berechtigung Dritter

- Ich willige ein, dass an unten benannte Dritte nachfolgend aufgelistete Daten und Verordnungen (Zutreffendes bitte ankreuzen) durch den oben genannten Vertragsarzt/Psychotherapeut/Apotheken übermittelt bzw. übergeben werden dürfen (auch per Fax), sodass die ärztliche Verschwiegenheit und die datenschutzrechtliche Vertraulichkeit insofern gelten für:

Angehörige/Lebenspartner/Sonstige Berechtigte

- personenbezogene Daten
 Behandlungs- und Befunddaten
 Rezepte und Verordnungen

Name, Vorname, Geburtsdatum

.....

.....
ggf. Angabe zur Beziehung/Verandtschaft (z.B. Ehepartner, Vater, Mutter, Lebenspartner, Freund, Nachbar etc.)

- personenbezogene Daten
 Behandlungs- und Befunddaten
 Rezepte und Verordnungen

Name, Vorname, Geburtsdatum

.....

.....
ggf. Angabe zur Beziehung/Verandtschaft (z.B. Ehepartner, Vater, Mutter, Lebenspartner, Freund, Nachbar etc.)

- personenbezogene Daten
 Behandlungs- und Befunddaten
 Rezepte und Verordnungen

Name, Vorname, Geburtsdatum

.....

.....
ggf. Angabe zur Beziehung/Verandtschaft (z.B. Ehepartner, Vater, Mutter, Lebenspartner, Freund, Nachbar etc.)

Name, Vorname
--bitte in Blockschrift--

Datum, Unterschrift des Patienten