

Martin Reiner

Hausarzt - Facharzt für Innere Medizin

Seebronner Straße 8
72108 Rottenburg

Tel.: 07472 - 22253
Fax: 07472 – 23186

E-Mail: praxis@reiner-rottenburg.de

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich, _____

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

erkläre mich damit einverstanden, dass in der Hausarztpraxis Martin Reiner, Seebronner Str. 8, 72108 Rottenburg, meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Ein Informationsblatt zum Datenschutz wurde mir in der Praxis ausgehändigt bzw. habe ich gelesen, mit der Möglichkeit zu Rückfragen.

- 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 Einstellung von bestimmten Werten (z.B. Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Diagnostik und Behandlung erforderlich sind.
- Rezepte auf meinen Wunsch hin, in die von mir benannte Apotheke gegeben werden können.

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

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten, anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu.

(Ort/ Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters)