

Einverständniserklärung

zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten gem. Art 13 DSGVO

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Hausarzt:

Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

1. Einwilligung zur Erhebung und Übermittlung von Behandlungsdaten

- Ich bin damit einverstanden, dass meine im Rahmen meiner medizinischen Behandlung erhobenen Behandlungsdaten, insbesondere:
- Diagnosen, Untersuchungsergebnisse, Therapieempfehlungen
 - Medikationsinformationen
 - Laborergebnisse

an mit- und weiterbehandelnde Ärzte, Apotheken und Labore übermittelt werden. Ebenso dürfen im Rahmen meiner Behandlung die genannten Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten, Apotheken und Laboren eingeholt werden, soweit dies für meine medizinische Betreuung erforderlich ist. Diese Daten werden ausschließlich zum Zweck der Behandlung und Betreuung erhoben und weitergegeben.

2. Einwilligung zur Übermittlung Laborproben

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor übermittelt werden dürfen, um dort untersucht und befundet zu werden.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

