



Einwilligungserklärung

Zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten im Sinne § 73 Abs. 1 b SGB V durch den Haus-/Facharzt

Dokumenten-ID: 75960

Name: * * geb.am 13.05.2004
Wohnort: Buflingsried 164, 88175 Scheidegg

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr.med. Peter Hinz / Dr.med. Bernd Küpers, Mannheim meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Das Informationsblatt zum Datenschutz (Aushang im Wartezimmer, Stand: 28.05.2018) konnte ich einsehen und ich konnte 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

- mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führender Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- mein behandelnder Arzt anderen Ärzten oder Leistungserbringern meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung übermittelt. 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.
- mein behandelnder Arzt bei meinen anderen Ärzten/Psychotherapeuten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Darüber hinaus erkläre ich mich einverstanden, dass

- der Transport eventuell entnommener Gewebeprobe(n)/Blutprobe(n) in das beauftragte Labor auf dem Postweg oder mittels Abholservice eines autorisierten Fahrdienstes,
- die Befundübermittlung an den behandelnden Arzt seitens beauftragter/hinzugezogener Ärzte oder Institutionen per Fax, Telefon, Labor-DFÜ erfolgen darf.

Optional:

☐ Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen, als Behandlungszwecken zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

☐ Ich bevollmächtige folgende Personen Befunde, Rezepte etc. abzuholen bzw. Informationen einzuholen:

Name, Vorname, Geburtsdatum

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

Mannheim, den 08.11.2023

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters