

→ Einwilligungserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass in der Lungenfacharztpraxis Dres. med. Schweizer/ Köhler/Ekkernkamp meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ein Informationsblatt zum Datenschutz liegt in der Praxis zur Einsicht aus, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte.

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- einschließlich staatlich vorgegebener Meldevorschriften
- 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 Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind

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

2.3.2(2) Schweigepflicht und
Datenschutz
Einwilligungserklärung zur
Erhebung/Übermittlung von
Patientendaten

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN
BZW. GESETZL. VERTRETERS

KONTAKT

TELEFON 0761/36605
FAX 0761/36600
E-MAIL anmeldung@
lungenfachaerzte.de

ADRESSE

Bertoldstraße 33
79098 Freiburg