



## Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich,

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

geb. am

\_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort

**erkläre mich einverstanden**, dass in der Hausarztpraxis am Schloss/ Praxis Marianne Difflipp-Eppele meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis wurde mir ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- 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 oder Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte oder 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 ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

**Optional:**

Ich bin mit Informationen und Terminerinnerungen durch das Praxisteam (fällige Impfungen, notwendige Kontrolluntersuchungen, etc.) einverstanden.

ja

nein

**Aufgrund der standesrechtlich bestehenden Dokumentationspflicht von Ärzten und der in den bestehenden Abrechnungssystemen gesetzlich zwingend notwendigen Datenerfassung und Datenübermittlung ist eine Behandlung in unserer Praxis ohne Unterzeichnung dieser Erklärung nicht möglich!**

Karlsruhe, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient)