



Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich, _____ (Vorname, Name des Patienten),

geboren am: _____ (Geburtsdatum),

bin damit einverstanden, dass die Ärztliche Berufsausübungsgemeinschaft GbR Dr. med. Britta Bostelmann-Häusser und Dr. med. Andrej Garen (im Folgenden: Hausarztzentrum im Medicum) die bei meinen Vorbehandlern (Hausärzte, Fachärzte, Physiotherapeuten oder ähnliches) vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine weitere Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Das Hausarztzentrum im Medicum wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind. Die Datenübermittlung an das Hausarztzentrum im Medicum kann sowohl in digitaler als auch in ausgedruckter Form erfolgen.

Meine Vorbehandler sind: _____

(Name und Anschrift)

- Ich bin damit einverstanden, dass das Hausarztzentrum im Medicum die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Weiterbehandler zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.
- Falls gewünscht: Ich bin damit einverstanden, dass die von mir angeforderten Wiederholungsrezepte an die von mir angegebene Apotheke:

_____ weitergegeben werden / von der jeweiligen Apotheke in der Praxis abgeholt werden.

- Ich bin damit einverstanden, dass das Hausarztzentrum im Medicum mich aufgrund von Befundmitteilungen, Terminverschiebungen u. ä. über die von mir angegebenen Telefonnummer oder E-Mail-Adresse kontaktieren darf.
- Ich bin damit einverstanden, dass das Hausarztzentrum im Medicum ggf. Befunde (Arztbriefe, Laborbefunde u.ä.) an meine angegebene E-Mail-Adresse übermitteln darf.
- Hiermit willige ich ein, dass das Hausarztzentrum im Medicum im Bedarfsfall an folgende Personen medizinische Daten weiterreichen darf (z.B. Rezepte, Bescheinigungen, Überweisungen aushändigen):

(Name, Vorname ; z. B. Ehepartner, Kinder, etc.)

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. Behandlern und dem Hausarztzentrum im Medicum statt. Diese Widerrufserklärung ist an das Hausarztzentrum im Medicum zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Die Patienteninformation zum Datenschutz wurde mir zur Verfügung gestellt.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten)