

Einverständniserklärung
zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. Art. 13 DSGVO/§ 73 Abs. 1 b SGB V

Ich _____
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt/Leistungserbringer meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Haus-/Facharzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Haus-/Facharzt übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Haus-/Facharzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde anfordert, erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- Rezepte (Therapie, Hilfsmittel) an die jeweilige Apotheke, Sanitätshaus, Physiotherapiepraxis usw. weitergeleitet werden dürfen.
- meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck des Screenings, Routine- oder Kontrolluntersuchungen usw. weitergeleitet werden dürfen.
- die Klinik Rothenburg, die für die Erstellung der Röntgenbilder erforderlichen personen-bezogenen Daten im Auftrag des Arztes unter Beachtung des § 11 BDSG erheben, verarbeiten und zeitlich bis zum Ablauf der Aufbewahrungspflichten nach der Röntgenverordnung archivieren darf.

Mein Haus-/Facharzt ist: _____

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

Vollmacht zur Abholung von Rezepten/Bescheiden/Formularen durch andere Personen

An folgende Personen dürfen, nachdem deren Identität festgelegt wurde, folgende Unterlagen ausgehändigt werden: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Behandlungsdaten Arzneimittelrezepte Überweisungen Arztbriefe Sonstiges: _____

Name: _____

Geb.-Datum: _____

Name: _____

Geb.-Datum: _____

Name: _____

Geb.-Datum: _____

Name: _____

Geb.-Datum: _____

Gültig ist die Vollmacht bis auf Widerruf

Ort, Datum

(Unterschrift des Patientin bzw. gesetzlichen Vertreters)