



HAUSARZTPRAXIS
WERNAU

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG/ÜBERMITTLUNG VON
PATIENTENDATEN

Vorname und Nachname

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Gemeinschaftspraxis Dr. med Annika Wutka und Michael Kohlschütter meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Auf der Homepage www.hausarztpraxis-wernau.de sind im Bereich Datenschutz alle wesentlichen Informationen nachzulesen:

- 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/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 (z.B. 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. Über die Folgen eines Widerrufs können Sie sich ebenfalls auf der oben genannten Homepage informieren.

Optional:

- Ich bin mit der Korrespondenz per E-Mail einverstanden. Dieses umfasst z.B. Terminvereinbarungen, Zusendung von Befunden sowie Rückfragen zu Medikamenten-/Rezeptbestellungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters