

## Einverständniserklärung

Wir bitten Sie die Einverständniserklärung vollständig durchzulesen und die für Sie zutreffenden Punkte anzukreuzen und unterschrieben zurück zu geben. Bei Fragen wenden Sie sich an uns.

Ich,

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

### bin einverstanden, dass

- um eine reibungslose ärztliche Versorgung sicherzustellen, meine Untersuchungs- /Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärzten genutzt werden.

meine Privatrechnungen mir per  eMail  per Post (Versandkosten gehen zu meinen Lasten)

Die für meine Behandlungen erforderlichen personenbezogenen Daten, insbesondere auch Gesundheitsdaten, an

- Labore  elektronische Patientenakte (ePA)  Abrechnungsstellen gesandt werden.

- mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die Beispielsweise einem Facharzt oder einem anderen Leistungsbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Informationen nur zum Zweck der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

### Ich bin einverstanden mit

- der Verordnungsweitergabe (Rezepte, Überweisungen, ect.) bzw. Überarbeitung bei Rücklauf an
- Apotheken  Pflegeeinrichtungen
- Sanitätshäuser  Physiotherapie/Ergotherapie/Logopädie
- an private Abholer **Verordnungsabholung nur mit Versicherungskarte möglich**

Meine Daten dürfen ausschließlich für die Durchführung der konkreten Behandlung sowie für deren Dokumentation verwendet werden.

Relevante Befunde/Daten dürfen von meiner ePA in meine digitale praxisinterne Patientenakte übernommen werden. Ausdrücklich weisen wir auf die Widerspruchsmöglichkeit bei potenziell diskriminierenden oder stigmatisierenden Daten hin.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. In diesem Fall könnten in Zukunft möglicherweise erforderliche Untersuchungen nicht mehr durchgeführt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

(Sofern die notwendige Einsichtsfähigkeit beim Patienten nicht vorliegt, bitten wir um Unterschrift der gesetzlichen Vertreter, bei Zweifeln unter Beilegung eines entsprechenden Nachweises.)