



HAUSÄRZTE OBERKASSEL

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



Name, Vorname



Geburtsdatum



Telefonnummer

erkläre mich damit einverstanden, dass

- mein Hausarzt meine Person betreffende persönliche Daten, die nicht ausschließlich zur Durchführung des Behandlungsverhältnisses erforderlich sind, erhebt, speichert und verarbeitet.
- mein Hausarzt meine Person betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Hausarzt meine Person betreffende Behandlungsdaten und Befunde an weiter behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass die über mich gespeicherten Daten an meinen neuen Hausarzt, gemäß meinen Angaben, übermittelt werden, bzw. mein neuer Hausarzt diese anfordert. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Von der Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Die Einwilligungen sind freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig. Die vollständigen Informationen zur Datenschutz-Grundverordnung liegen in unserer Praxis aus.



Ort, Datum



Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Um Ihnen unseren Service **per E-Mail** anbieten zu dürfen, benötigen wir Ihre Einwilligung, sofern Sie uns diese nicht bereits in der Vergangenheit erteilt haben.



JA, ich möchte an wiederkehrende Vorsorge-Untersuchungen („Recall“) per Post oder E-Mail erinnert werden.



JA, ich möchte Informationsschreiben / Hausarztbrief per E-Mail erhalten (ca. 3-4 x pro Jahr)



Ihre E-Mail-Adresse

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



Datum



Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters