



## Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass in der o.g. Praxis meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Das Informationsblatt zum Datenschutz hängt in der Praxis aus, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte:

- Über den Umfang und die Art meiner Daten
- Über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- Über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über deren Folgen

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 (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Diagnose und Behandlung erforderlich sind.
- mich betreffende Behandlungsdaten zur Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben zu Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Ihrer Krankenkasse, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, den Ärztekammern u.a. Empfänger übermittelt werden dürfen.
- bei der Teilnahme an einem DMP Programm Asthma oder COPD die Praxis mir eine Erinnerung per Post zusenden darf

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

Gütersloh, den \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift