

Mobilfunknummer \_\_\_\_\_ Email-Adresse \_\_\_\_\_

## Einwilligungserklärung zur Erhebung /Übermittlung von Patientendaten

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass in der oben genannten 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 die Folgen dessen.

Ich erkläre mich damit 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; darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung bestimmter Werte (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- mich betreffende Behandlungsdaten zur Erfüllung **gesetzlicher** Vorgaben zur Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung, ihrer Krankenkasse, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, der Ärztekammer und anderen entsprechenden Empfängern übermittelt werden dürfen.

Bei Teilnahme an einem DMP-Programm für Asthma oder COPD darf die Praxis mir zudem einen Erinnerungsbrief per Post zusenden.

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten (insbesondere Name, Kontaktdaten und Termindaten) zum Zweck der Terminverwaltung über das System Doctolib verarbeitet werden. Dabei können die Daten an die Doctolib GmbH als Auftragsverarbeiter übermittelt werden. Ich wurde darüber informiert, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Weitere Informationen zur Datenverarbeitung finde ich in der Datenschutzerklärung der Praxis unter <https://www.praxis-boege-bohlmann.de/impressum-datenschutz/> bzw. im Aushang in der Praxis.

Ja, ich möchte Terminerinnerungen erhalten  nein, keine Terminerinnerungen

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

Gütersloh, den \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift