



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig und wir möchten uns in diesem Zuge für Ihr Vertrauen bedanken. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Es bedarf jedoch Ihres Einverständnisses, wenn Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an Dritte weitergegeben werden sollen.

Bitte beachten Sie, dass uns eine adäquate Behandlung (z.B. die Untersuchung von Laborwerten) und Information anderer Leistungserbringer (z.B. weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser) ohne Ihr Einverständnis nicht möglich ist. Andernfalls müssen wir Sie bitten, Ihre Daten selbst an Dritte weiterzugeben oder von diesen einzuholen.

Wir weisen Sie darauf hin, dass personenbezogene Daten sowie begleitende Dokumente einen Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild zulassen.

### Einverständniserklärung zur Weitergabe von Patientendaten an Dritte

Hiermit willige ich,

Name ..... Geburtsdatum .....

Adresse .....

ein, dass die Arztpraxis Rennollet zum Zwecke meiner Behandlung meine Befunde bei Haus- und Fachärzten/-innen sowie medizinischen Einrichtungen anfordern darf:

ja  nein

Darüber hinaus willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten (z.B. Name, Adresse, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) sowie ggf. begleitende Dokumente (z.B. Atteste, Befunde, Bescheinigungen, Medikationspläne, Rezepte, Überweisungen und Verordnungen) **im erforderlichen Umfang** zum Zwecke der weiteren Behandlung, ärztlichen Versorgung, lückenlosen Dokumentation und Terminvereinbarung an

ja  nein weiterbehandelnde Ärzte/-innen

ja  nein Gesundheitseinrichtungen (z.B. Krankenhäuser, Fremdlabore, Seniorenheime, Pflegedienste, Apotheken)

ja  nein Angehörige (Bitte Vor- und Nachname einsetzen.)

.....  
.....  
.....  
.....

übermittelt/ausgehändigt oder von diesen angefordert/abgeholt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass unabhängig von meiner Einwilligung die Weitergabe meiner Daten (meist zu Abrechnungszwecken) an Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung, die Ärztekammer oder den Medizinischen Dienst erfolgt.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligungen jederzeit ohne die Angabe von Gründen schriftlich widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Ort, Datum ..... Unterschrift .....