

### 3. Einwilligungserklärung

#### Zur Speicherung, Übermittlung, Verarbeitung und Einholung von Patientendaten

(§ 73 Abs. 1 b SGB V und DSGVO Art. 9, Abs. 2 und Art. 7)

**Nachname, Vorname:** \_\_\_\_\_

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

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

#### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,**

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen. Hierfür benötigen wir Ihr Einverständnis für das Speichern Ihrer Patientendaten.

#### **I. Speicherung, Übermittlung und Einholung von Patientendaten**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden und willige ein, dass:

- mein behandelnder Arzt/Ärztin meine personenbezogenen Daten, Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an weiterbehandelnde Ärzte per Post, e-Brief oder Fax übermittelt.
- der mich behandelnde Arzt/Ärztin bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungsbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten, personenbezogene Datenbefunde erhebt, anfordert und für die Zwecke der von meinem behandelten Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

#### **II. Patientenservice (RECALL)**

Wenn Sie möchten, informieren wir Sie in Zukunft über bestimmte Termine (z.B. Vorsorgeuntersuchungen). Wir melden uns per E-Mail oder per SMS (verschlüsselt, wenn möglich). Hierzu benötigen wir gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) Ihre schriftliche Einwilligung.

Ich willige ein, dass ich über bestimmte Termine informiert werde.

Nein, ich willige nicht ein, dass ich über bestimmte Termine informiert werde.

#### **III. Widerruf**

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/ Patientin bzw.  
des gesetzlichen Vertreters