

Dr. med. Jessica Klüber
Fachärztin für Allgemeinmedizin

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

(Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DSGVO i. V. m. § 73 SGB V)

Ich, _____ (Name, Vorname)

geboren am: _____ (Geburtsdatum)

wohnhaft in: _____ (Anschrift des Patienten)

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labor/sonstige Behandler übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten/Laboren/sonstigen Behandlern eingeholt werden dürfen.

JA NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabor ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

JA NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. med. J. Klüber medizinische Daten bei meinem Vorbehandler (gilt insbesondere für die überlassen medizinischen Daten in Folge der Praxisübernahme durch Dr. med. J. Klüber) anfordern kann. Die Praxis wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

JA NEIN

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten/Formulare/Befunde zum Zweck der gemeinsamen Behandlung, an die mit der Praxis zusammenarbeitenden Kooperationspartner weitergegeben werden.

JA NEIN

An folgende Angehörige/Personen dürfen, nach Feststellung der Identität, Behandlungsdaten/Formulare/Befunde weitergegeben werden:

Name, Vorname/Anschrift/Telefon:

1. _____

2. _____

3. _____

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen der Praxis und dem überweisenden Arzt/Vor-/Weiterbehandler/Labor statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie schriftlich an die Praxis Dr. med. J. Klüber. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen und den wir bei uns als Posteingang vermerken können. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Geisa, den _____

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter