



Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich, _____ (Name, Vorname, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dres. Med. von Blittersdorff meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ein Informationsblatt zum Datenschutz hängt in der Praxis zur Einsicht aus und kann mir auf Wunsch jederzeit als Kopie ausgehändigt werden.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde, z.B. Arztbriefe, 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, z.B. Arztbriefe. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass sich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.
- Ich stimme einer telefonischen Befundauskunft zu.
- Ich stimme einer Befundauskunft und Korrespondenz per Email zu.

Meine Emailadresse lautet _____ .

Folgende Person/en darf/dürfen Auskunft über mich erhalten (z.B. Ehepartner/in, Eltern, Kinder):

Heidelberg, den _____

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter