



Einwilligung zur Datenweitergabe

Ihre Daten:

Name des Patienten	
Anschrift	
Geburtsdatum	

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, Datenschutz ist uns wichtig!

Zu Ihrer Information:

Wir weisen Sie darauf hin, dass unsere Mitarbeiter der Praxis Einblick in Ihre Daten haben, sofern dies im Rahmen Ihrer Behandlung erforderlich ist. Wir versichern Ihnen, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Außerdem informieren wir Sie darüber, dass Ihre persönlichen Daten im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften an Leistungsträger der Sozialversicherung (bspw. Krankenkassen etc.) unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen weitergegeben werden.

Bei Arbeitsunfällen (bspw. Arbeits-, Wege-, Schulunfall, etc.): Falls bei Ihnen ein solcher Unfall aufgetreten ist, müssen wir Sie darüber informieren, dass Ihre persönlichen Daten im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften an den Unfallversicherungsträger (§ 201 SGB VII) unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Regelungen weitergegeben werden müssen. Wir informieren Sie darüber, dass Sie die Möglichkeit haben, sich vom Unfallversicherungsträger über die vom Arzt übermittelten Daten informieren zu lassen.

Ihre Einwilligung:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Rahmen der Mit- und Weiterbehandlung an andere Fachärzte übermittelt werden:	☐ Ja ☐ Nein
Bei Arbeits- und Schulunfällen: Ich bin damit einverstanden, dass die Abrechnung meiner ärztlichen Behandlung durch eine externe Abrechnungsgesellschaft direkt mit der Berufsgenossenschaft erfolgt:	☐ Ja ☐ Nein
Ich bin einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung <u>an meinen Hausarzt</u> übermittelt werden (§ 73 Abs. 1b SGB V):	☐ Ja ☐ Nein
Ich bin außerdem damit einverstanden, dass Informationen (auch Abholung von Unterlagen) im Rahmen meiner Behandlung <u>an die folgenden Angehörigen/ Betreuer/ Bekannten</u> weitergegeben werden:	☐ Ja ☐ Nein
Falls Sie dem zustimmen, geben Sie hier bitte die Daten des Angehörigen/ Betreuer/ Bekannten an, der auf ihre Daten zugreifen kann:	
Name, Vorname: _____	Geb.-Datum: _____
Name, Vorname: _____	Geb.-Datum: _____

Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie die Einwilligung zur Weitergabe Ihrer persönlichen Daten **jederzeit widerrufen** können!

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten