

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname

Name

Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass in der Überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft Gastroenterologisches Zentrum am Spreebogen Dr. Wolbergs und MVZ Dr. Wolbergs GmbH meine Patientendaten erhoben und gemeinschaftlich verarbeitet werden. **Dies beinhaltet auch Serviceleistungen wie Erinnerungen an Termine und Folgeuntersuchungen (auch über SMS und E-Mail).** Das Informationsblatt zum Datenschutz liegt in unserer Praxis zur Einsicht aus. Dies enthält Informationen

- ❖ über den Umfang und die Art meiner Daten
- ❖ über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- ❖ über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- ❖ mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde 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 Leistungserbringern übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labor, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind;
- ❖ mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an folgende Angehörige / Personen weitergegeben werden dürfen:

Name des Angehörigen / der Person

Telefonnummer

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Bitte machen Sie noch folgende Angaben (für Serviceleistungen der Praxis erforderlich):

E-Mail Adresse

Mobil-Telefonnummer

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten