

DATENEINWILLIGUNG

Erklärungsgemäß § 5 BDSG (Bundesdatenschutzgesetz)

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden § 73 Abs. 1 b SGB V

Einverständniserklärung zur personenbezogenen Datenerhebung und Speicherung in der Arztpraxis

Durch den Patienten auszufüllen!

Name, Vorname

Geburtsdatum

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelter Hausarzt meine personenbezogenen Daten elektronisch speichern darf. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlungen verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Facharzt (unterschiedlicher Fachrichtungen) die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungsbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur zum Zwecke, der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Berlin, Datum

Unterschrift des Patienten

FACHARZTPRAXIS FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND HOMÖOPATHIE

DR. MED. H.-HENNING SANDER
DR. MED. BORIS VOLLRATH

+49 30 892 10 15
+49 30 892 50 87

BISMARCKALLEE 23
14193 BERLIN

TEAM@PRAXIS-DRSANDER.DE
WWW.PRAXIS-DRSANDER.DE