

## Einwilligungserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten Gem. §73 Abs 1 b SGB V

Ich: \_\_\_\_\_  
(Vorname, Nachname, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass in der **TeckPraxis** meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

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

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen, mich behandelnden 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 (z.B. Labor, Überweisungen an andere Fachrichtungen, Physiotherapie)
- mich betreffende Behandlungsdaten an weitere mögliche berechnigte Empfänger, wie im Informationsblatt aufgeführt, übertragen werden können.
- **bei Privatpatienten und IGEL- Leistungen** mein Arzt für die Abrechnung Diagnosen und Leistungsdaten an eine privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS) weiterleitet.

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 und mir ist bekannt, dass ich ohne Datenübermittlung keine (Weiter-) Behandlung möglich ist.

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Ich erkläre mich einverstanden, dass insbesondere für Informationen und Terminerinnerungen und auch auf Wunsch zur Übermittlung von Laborbefunden gespeicherte Daten an die von mir angegebene E-Mail-Adresse gesendet werden dürfen. **Ich wurde darüber aufgeklärt, dass über E-Mail kein ausreichender Datenschutz besteht und nicht verschlüsselte E-Mails ggfs. von Fremden gelesen werden könnten.**

E-Mail: \_\_\_\_\_

- Ich stimme der Weitergabe meiner Patientendaten und/ oder meiner Untersuchungsergebnisse an folgende(n) Person(en) zu (sog. „Vollmacht zur Abholung“)

Name(n): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Betreuer)