



**Stand 1/2023**

## Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten



Ich,

\_\_\_\_\_  
**Vor- und Nachname**

\_\_\_\_\_  
**Geburtsdatum**

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Jenny Hohlweck 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, die Rechtsgrundlage der Verarbeitung und die Möglichkeit, 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 meine behandelnden weiteren Ärzte, Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.

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

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen zu.

Insbesondere bin ich mit Maillkontakt, Telefonkontakt und Informationen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

### Auskunftsberechtigte

Ich bin damit einverstanden, dass die unten folgenden Angehörigen/Bekannteten:  
**(zutreffendes bitte ankreuzen)**

**Informationen zu Befunden/Therapien und Diagnosen meiner Person erhalten dürfen,**

Name: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

**Formulare zu meiner Person (Rezepte, Überweisungen, Befunde etc.)**

Name: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

ausgehändigt bekommen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde.

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.

Bad Wimpfen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_