



Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name

erkläre mich bereit, dass in der

Praxis Kipp – Igersheim

Meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- Über Umfang und die Art meiner Daten
- Über Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- Über die Möglichkeiten Widerspruch einzulegen

Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung bei anderen Ärzten, Kliniken, Psychotherapeuten, Labore sowie anderen Leistungserbringern angefordert bzw. an diese weitergegeben werden dürfen. Mit der Aufnahme in das Praxis-Recall-System zur Erinnerung z.B. an Vorsorgen, Impfungen, Patientenprogrammtermine bin ich ausdrücklich einverstanden.

☐ ja ☐ nein

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit E- Mail Verkehr (Infos, Terminerinnerungen, Rezeptanforderungen, Rückfragen, Befundübermittlung (nicht zutreffendes bitte streichen) einverstanden.

Zudem bevollmächtige ich, die im Folgenden genannten Person(en), mich bei Angelegenheiten, wie zum Beispiel:

- Organisation & Abwicklung von Terminen
- Zugang zu bestimmten persönlichen Unterlagen/Informationen (Überweisungen, Rezepte, Befunde, etc.)

zu vertreten.

Vorname, Name, Geburtsdatum der zu bevollmächtigten Person

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. ges. Vertreter