Name Vorname Geburtsdatum

…….. ……... ……

Adresse: Telefonnummer:

…….. ……...

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

aus datenschutzrechtlichen Bestimmungen möchten wir Sie informieren, dass …

- Ihre Daten elektronisch datengeschützt bei uns gespeichert werden
- für die Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern Ihre Daten übermittelt werden (Labor Limbach Heidelberg, Pathologisches Institut Heidelberg, Mikroökologisches Institut Herborn, Privatärztliche Verrechnungsstelle Mannheim, Langzeit-EKG-Auswertungsstelle, Ernährungsberatung, Doctolib Terminsystem).

☐ **Bitte kreuzen Sie hier an, wenn Sie zustimmen möchten, dass das MVZ Wiesloch an Termine, Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen etc., elektronisch erinnern darf. Die Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.**

Ort, Datum: _____ Unterschrift (Patienten gfls.. gesetzlicher Vertreter): _____

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

gem. § 73 Abs. 1 b SGB V durch den Hausarzt/Facharzt

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten bzw. Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation zur Einsichtnahme gfls. angefordert werden.
- meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt werden.
- für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde für die Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet werden bzw. an mich oder Ärzte und Leistungsbringer übermittelt werden.

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

Ort, Datum: _____ Unterschrift (Patienten gfls.. gesetzlicher Vertreter): _____