Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis

HNO Zentrum Schwetzingen Mitte, Carl-Theodor-Str. 23, 68723 Schwetzingen

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 Möglichkeiten, 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 mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore und Pathologische Institute, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Abstriche, Histologien und Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

- Ich stimme der Informations- und Datenweitergabe an enge Familienangehörige zu:

  Ehepartner O Eltern O Kinder O Geschwister O

  Sonstige: _____

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.

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters:

_____