**Patienteneinwilligung (Muster)**

Hinweis: Es handelt sich nachstehend um eine unverbindliche Anregung für ein Informationsblatt, für dessen Richtigkeit oder Vollständigkeit angesichts der Komplexität der Materie und der Verschiedenheit der jeweiligen

Datenverarbeitungsvorgänge in den unterschiedlichen heilberuflichen Einrichtungen keine Gewähr übernommen werden kann und dieses nicht ungeprüft übernommen werden sollte.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B.

andere Ärzte, Krankenhäuser) übermitteln zu dürfen und Ihnen weitere Service-Angebote anbieten zu können, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_\_\_\_ ein,

□ dass mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_** die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei mitbehandelnden Ärzten und anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut darf diese Information nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

□ dass mein behandelnder Arzt/ Psychotherapeut Behandlungsdaten und Befunde an mitbehandelnde Ärzte oder andere Leistungserbringer, bei denen ich in Behandlung bin, weiterleitet.

□ dass an folgende Angehörige/Personen, nach dem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden dürfen:

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ dass Unterlagen per E-Mail/Fax geschickt werden.

□ dass Rezept und/ oder Verordnungen direkt an \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ weitergeleitet werden.

□ dass meine Daten für einen Erinnerungsservice („Recall“) per □Post □E-Mail □SMS verwendet werden dürfen.

□ dass meine Daten zur Erstellung von Privatrechnungen an folgende Firma weitergeleitet werden\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum, Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter