

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name, Geburtsdatum (Patient / Patientin)

erkläre mich **einverstanden**, dass in der Neuropraxis Tuttlingen, Bei der Brühlmühle 18, 78532 Tuttlingen meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ein Informationsblatt zum Datenschutz liegt in der Praxis aus, zu welchem ich auch Rückfragen stellen kann

- 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

- die mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten / Kliniken (auch Rehakliniken) und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- die mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte / Kliniken 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.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl.
Vertreter