

## Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten im Sinne von § 73 Abs. I b SGB V durch den Hausarzt

(Vollständiger Name)

(Geburtsdatum)

(Straße, Haus-Nr.)

(PLZ, Ort)

(Telefon, Fax, E-Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme)

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. med. Fabian Treusch meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich 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 bin einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert,
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt.
- Sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Hausarzt anfordert.

- Zusätzlich stimme ich der Nutzung meiner Daten zu folgenden Zwecken zu:
- Terminerinnerungen (z. B. fällige Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen)
  - Erhalt von ärztlichen Befunden/Berichten per Telefon, Fax und/oder E-Mail (Das Risiko des Datenmissbrauchs im Internet durch Dritte nehme ich in Kauf.)
  - Erhalt aktueller Informationen per E-Mail (nach Anmeldung auf unserer Homepage)

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Über die Folgen eines Widerrufs bin ich aufgeklärt worden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift, Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen)