



Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten (Bitte in Druckbuchstaben und leserlich ausfüllen)

NAME, VORNAME

GEBURTSDATUM

PLZ, WOHNORT

STRASSE, HAUSNUMMER

TELEFON (FESTNETZ) / HANDY-NR.

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der **Praxis Endokrinologie und Diabetologie im Zentrum** meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ein Informationsblatt zum Datenschutz konnte ich in der Praxis einsehen. Ich hatte die Möglichkeit Rückfragen zu stellen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde, an meinen **Hausarzt oder überweisenden Arzt**

Dr.med. _____
(Name des Arztes, PLZ, Ort)

_____ übermittelt werden dürfen.
(Straße u. Hausnummer)

- mich betreffende Behandlungsdaten, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind, an Leistungserbringer (Labor oder Radiologie) übermittelt werden dürfen.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass

- 1. Befunde per E-Mail **an mich** übermittelt werden dürfen. Allerdings setzen wir Sie hiermit in Kenntnis, dass keine gesicherte Übertragung erfolgt und die E-Mails ggfs. durch Dritte eingesehen werden können.

☐ NEIN ☐ JA

- 2. Meine Termine per E-Mail bestätigt werden, bzw. dass ich per E-Mail an meinen Termin erinnert werde.

☐ NEIN ☐ JA

_____ wenn Sie bei 1. und/oder 2. „Ja“ angekreuzt haben hier **Ihre** eigene E-MAIL-ADRESSE
bitte leserlich in Druckbuchstaben eintragen

- 3. Überweisungen, Rezepte oder andere Unterlagen an Familienangehörige herausgegeben werden können.

☐ NEIN ☐ JA

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.

Sollten Sie Ihren Termin nicht einhalten können, geben Sie uns bitte mindestens 24 Stunden im Voraus Bescheid. So können wir den Termin anderweitig vergeben. Bei kurzfristigen Absagen oder Nichterscheinen behalten wir uns die Erhebung einer Ausfallentschädigung (aktuell 100 €) vor.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN BZW. GESETZLICHEN VERTRETERS