



Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Praxisgemeinschaft „Im Fokus“
Bahnhofstraße 18
88048 Friedrichshafen (Kluftern)

Vor- und Nachname Patient(in)

Geburtsdatum

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxisgemeinschaft „Im Fokus“ 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 Testergebnisse, die zur Erstellung von bestimmten Werten (z.B. Konzentrationsleistung) 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 widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in) oder
Sorgeberechtigte(r)

ggf. Unterschrift
2. Sorgeberechtigte(r)