

# Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis CORPUSVITA – BAG Dr. med. Radlmayr / Pfalzer / Dr. med. Pfaffenzeller meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Das Informationsblatt zum Datenschutz hängt in der Praxis aus, 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 auch per Fax angefordert werden können.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- Ich stimme der Nutzung meiner Kontaktdaten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Terminerinnerungen, Praxisinformationen oder Erinnerungen zu fälligen Untersuchungen per E-Mail oder Brief über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

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 des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters