



DR. MED. CHRISTIANE KÖHLER
DR. MED. JUDITH SCHULTHEIß

Fachärztinnen für Gynäkologie
und Geburtshilfe

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name

Geburtsdatum:

erkläre mich einverstanden, dass in der **Praxis Dr. Christiane Köhler / Dr. Judith Schultheiß** meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich wurde auf das Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis aufmerksam gemacht, konnte es lesen und Rückfragen stellen

- 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 auch Labordaten (Blutwerte), Mammographie Befunde, Arztberichte, Entlassungsbriefe nach stationären Aufenthalten, die für die weitere 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.

Ich wünsche, dass nachfolgend von mir benannte Personen Rezepte, Formulare oder Befunde für mich abholen können:

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters