



HAUSARZTZENTRUM
Dr. med. J. Sedlacek • M. Gildhoff

Einverständniserklärung zur Erhebung, Speicherung und Übermittlung von Patientendaten:

Einverständniserklärung zur Erhebung personenbezogener Daten nach Art. 13 DSGVO:

Hiermit willige ich in die **Erhebung, Nutzung und Speicherung** meiner personenbezogenen Daten durch das Hausarztzentrum Dr. med. J. Sedlacek • M. Gildhoff zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung ein.

Sollte ich bereits Patient der Praxis Dr. med. Manfred Stein und Bettina Frosch gewesen sein, stimme ich ausdrücklich zu, dass alle meine Daten an die Ärzte des Hausarztzentrums Dr. med. J. Sedlacek • M. Gildhoff übermittelt werden dürfen. Ferner entbinde ich die Ärzte des Hausarztzentrums Dr. med. J. Sedlacek • M. Gildhoff untereinander von der Schweigepflicht und stimme der Behandlung meiner Person durch alle Ärzte zu.

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V:

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung im Hausarztzentrum Dr. med. J. Sedlacek • M. Gildhoff

- meine Behandlungsdaten und Befunde an mitbehandelnde Ärzte, Krankenhäuser und andere Leistungserbringer **übermittelt** werden dürfen.
- meine Behandlungsdaten und Befunde von anderen mitbehandelnden Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung **eingeholt** werden dürfen.
- meine Laborproben zum Zwecke der Untersuchung und Befundung an kooperierende **Labore** übermittelt werden dürfen.
- **Rezepte, Heil- und Hilfsmittelverordnungen** an die entsprechenden Stellen (Apotheken, Pflegedienste, Therapeuten) **gefaxt** werden dürfen.
- meine Behandlungsdaten auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin per **E-Mail** (auch unverschlüsselt) an mich weitergeleitet werden. Mir ist bekannt, dass E-Mails vor unbefugter Kenntnisnahme nicht geschützt sind, und dass alternative Kommunikationswege bevorzugt werden sollten.

Schweigepflichtentbindung für Angehörige/nahestehende Personen

An folgende Personen dürfen Behandlungsdaten weitergegeben werden: (*Name, Vorname, Geburtsdatum und Telefonnr. angeben*)

1. _____
2. _____
3. _____

Ich habe das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann.

Ich habe die Erklärung vollständig gelesen und verstanden.

Name/Vorname

Geburtsdatum

Kaltenkirchen, den

Unterschrift