

Sehr geehrte Patientin,

Um den normalen Praxisablauf unkompliziert und reibungslos in Ihrem Sinne abwickeln zu können, bedarf es, gemäß der neuen EU-Datenschutzgrundverordnung, Ihrer Einwilligung, damit wir ihre persönlichen Daten und Untersuchungsmaterialien, die im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung entstehen, an Dritte übermitteln dürfen. Nur mit Ihrer Einwilligung ist es uns erlaubt, die medizinisch notwendige Diagnostik durchführen zu lassen und mitbetreuende Fachkolleg\*innen adäquat zu informieren.

Weitere Informationen hierzu finden Sie in der „Patienteninformation zum Datenschutz“ als Aushang in der Praxis.

## **Einwilligung in die Datenweitergabe**

**Hiermit willige ich,**

|                |  |
|----------------|--|
| Name, Vorname: |  |
| Geburtsdatum:  |  |

**ein, dass Daten über meine ärztliche Behandlung durch die Praxis Dr. Dieken & Kowalsky**

|    |                                                                                                                                                                                                   |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | an mitbetreuende Ärzte (z.B. Hausarzt, Fachärzte etc.)                                                                                                                                            |
| 2. | an Krankenhäuser und medizinischen Einrichtungen, in denen Sie behandelt werden oder wurden sowie die elektronische Krankenkassenkarte (Notfalldaten)                                             |
| 3. | an Labore bzw. Institute, mit denen wir zusammenarbeiten, um z.B. Blut-, Zell- und Gewebeuntersuchungen durchführen zu lassen<br>(Auf Wunsch teilen wir Ihnen gerne die genauen Firmennamen mit.) |
| 4. | an Apotheken                                                                                                                                                                                      |
| 5. | an mitbetreuendes Fachpersonal in Gesundheitsberufen (z.B. Physiotherapeuten, Hebammen etc.)                                                                                                      |
| 6. | an Familienangehörige, die z.B. ein Rezept für Sie abholen (bitte nur in Ausnahmefällen)                                                                                                          |
| 7. | an ehemalg betreuende Fachkollegen (um z.B. alte Befunde anzufordern)                                                                                                                             |

**weitergegeben werden dürfen.**

**Für diesen Zweck entbinde ich die in dieser Praxis arbeitenden Ärztinnen und Ärzte sowie ihre Mitarbeiter\*innen von der Schweigepflicht.**

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Praxis nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergabe bleiben dadurch rechtmäßig.

Meckenheim, den: \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift