

Einverständniserklärung des Patienten nach § 73 Abs. 1 b SGB V und gem. Art 13 DSGVO zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Telefonnummer _____

E- Mailadresse _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen.

Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten/Laboren eingeholt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass mich mein behandelnder Hausarzt im Falle einer Terminverschiebung, Terminabsage und im Rahmen der Video- und/oder Telefonsprechstunde telefonisch und/oder per E-Mail kontaktieren darf.

Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass ein Austausch meiner Daten mit meinem Hausarzt über die App 'Pat- Med' erfolgen darf.

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

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen.

An folgende Personen dürfen, nach Feststellung der Identität, Behandlungsdaten/Rezepte/Überweisungen weitergegeben werden.

Name/Adresse/Telefon

1. _____

2. _____

3. _____

Mit dieser Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Erklärung verstanden habe und damit einverstanden bin.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten