

DSGVO

Einwilligungserklärung in die Datenweitergabe und Dateneinholung



Dr. Joachim Wilken

Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie

Hiermit willige ich,

Name

Geburtsdatum

Adresse

PLZ

Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Liebe Patientin, lieber Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns in unserer Praxis besonders wichtig. Wir müssen im Rahmen Ihrer Behandlung aber personenbezogene Daten, wie z.B. ihr Alter, Ihre Krankenkasse, Ihre Diagnose usw. unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen erheben und verarbeiten.

Diese Daten müssen wir ggf. an weitere Ärzte/Ärztinnen, Krankenhäuser, Labore und andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung übermitteln. Dies kann z. B. durch einen Arztbrief erfolgen. Unter Umständen benötigen wir für Ihre Behandlung aber auch Daten von anderen Ärzten/Ärztinnen und sonstigen Leistungserbringern.

Um Ihre Daten zu übermitteln oder auch einholen zu dürfen, benötigen wir Ihre Einwilligung. Bitte beachten Sie, dass ohne diese Einwilligung eine sinnvolle Behandlung und Information der anderen Ärzte und sonstigen Leistungserbringern in der Regel nicht möglich ist. Selbstverständlich gilt auch bei dieser Übermittlung Ihrer Daten die ärztliche Schweigepflicht.

Wollen Sie uns die Einwilligung nicht erteilen, müssen Sie Ihre Daten selbst an die Leistungserbringer übermitteln oder von diesen einholen. Daher bitten wir Sie auch in Ihrem eigenen Interesse um folgende Einwilligung, die Sie bitte vor Unterzeichnung sorgfältig lesen.

ein, dass die Praxis meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) für folgende Zwecke erhebt, elektronisch speichert und weiterverarbeitet:

- ☐ zum Zwecke der weiteren Behandlung, ärztlichen Versorgung und lückenlosen Dokumentation.
- ☐ Ich willige ein, dass die Praxis (wenn medizinisch erforderlich) meine Befunde bei Praxen, Laboren und Kliniken (gemäß § 73 Abs. 1b SGB V) einholt bzw. die in der Praxis erhobenen Befunde zum Zwecke meiner Weiterbehandlung an diese übermittelt.
- ☐ Ich bin mit der Kontaktaufnahme durch die Praxis per Telefon oder per E-Mail einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Praxis jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig

Ort und Datum

Unterschrift des/der Patienten/in,
ggf. des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin



Erdbeerweg 39 · 26605 Aurich
Tel. 04941 9948450
praxis@wilken-aurich.de
www.wilken-aurich.de