

# Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist ( z. B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der kassenärztlichen Vereinigung ) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer ( z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore ) übermitteln zu dürfen ( z.B. mittels Arztbrief ), bedarf es Ihrer Einwilligung.

Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich,

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung in der Praxis Almut Hodenius / Dr. med. Mareike Bernhöft, Münsterplatz 13A, 41460 Neuss,

an die mitbehandelnden Fachärzte und das Labor Schottdorf weitergegeben werden dürfen.

Mit ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmässig.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Neuss, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin / Patient, Bevollmächtigter, Betreuer