



## Einwilligungserklärung zur Übermittlung von Patientendaten

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Patienten ID

Im Rahmen Ihrer Behandlung in der Hausärztlichen Gemeinschaftspraxis Dudenhofen, Speyerer Str. 13, 67373 Dudenhofen, erheben wir zu Dokumentationszwecken Daten zu Ihrer Person.

Um eine umfassende und hohe Behandlungsqualität zu sichern und Doppeluntersuchungen zu vermeiden, sind Anforderung und Weitergabe von Daten an Mit- und Weiterbehandelnde Ärzte und Therapeuten für uns ein wichtiger Aspekt der täglichen Arbeit. Hierzu benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Ich möchte hierzu folgende Einschränkung machen: \_\_\_\_\_

Wir weisen Sie darauf hin, dass im Rahmen der Digitalisierung im Gesundheitswesen bspw. Notfalldaten, Erkrankungen oder Medikament auf meiner elektronisches Gesundheitskarte hinterlegt oder Daten an ihre elektronische Patientenakte übertragen werden können. Diese Übertragungen erfolgen ausschließlich auf Ihren Wunsch und nie automatisch im Rahmen einer Behandlung. Jegliche Übertragung erfolgt über das sichere Netz der Telematikinfrastruktur.

**Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.**

Meine **Rezepte, Überweisungen und andere schriftliche Unterlagen** (z.B. Laborausdrucke), dürfen

von: \_\_\_\_\_ abgeholt werden.  
Vorname, Name

Auskunft über meine Befunde (z.B. Laborergebnisse, Rechnungsdaten) darf erhalten:

\_\_\_\_\_  
Vorname, Name

**Bitte ankreuzen:**  Ich stimme der Nutzung meiner Daten für Praxismailings, Informationen oder Terminerinnerungen (Recall), die über die aktuelle Behandlung hinausgehen, per

Telefon (Nr.: \_\_\_\_\_),  Email (Adresse: \_\_\_\_\_)  Brief, zu.

**Über Änderungen meiner Daten werde ich die Praxis zeitnah informieren.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters