

MFA:

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name, Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass in der allgemeinmedizinische Arztpraxis Dr. med. Martina Hartmann Mannheim meine Patientendaten erhoben, verarbeitet und archiviert werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

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.
- die mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde per Arztinformationssystem, Brief, Fax, E-Mail, mündlich oder fernmündlich übermittelt werden dürfen.
- die mich betreffende Behandlungsdaten, Befunde und Rechnung an folgende Personen übergeben bzw. übermittelt werden dürfen.

Vor- und Zuname

Vor- und Zuname

Vater JA NEIN **Mutter** JA NEIN **Geschwister** JA NEIN **Kinder** JA NEIN

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden. Der Widerruf muss schriftlich erfolgen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters