

Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten .

Vorname

Name

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass in der **Praxis Nervenstark** meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis vorgelegt, zu welchem ich Rückfragen stellen konnte:

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

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten/ Apotheken und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.

Mein aktueller Hausarzt ist

- mich betreffende Behandlungsdaten/Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten/ Apotheken und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Hierunter fallen beispielsweise auch Laborwerte, sofern sie für meine Behandlung erforderlich sind.

Optional

Über die Behandlung hinausgehend, stimme ich der Nutzung meiner Daten für Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen zu.

Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine Daten (Befunde und Laborwerte) auch unverschlüsselt an meine E-Mailadresse gesendet werden.

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.

Ort / Datum

Unterschrift Patient*In / Gesetzliche Vertreter*In