

Einwilligungserklärung Datenschutz

gem. Art. 6 Abs. 1a) DSGVO § 73 Abs. 1b SGB V

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Wir sind verpflichtet, die Vorgaben der DSGVO einzuhalten und weisen Sie auf die entsprechenden Aushänge hin.

Um eine optimale Versorgung und Behandlung für Sie gewährleisten zu können, bitten wir Sie um Ihre Zustimmung zu folgenden Punkten, die Sie mit Ihrer Unterschrift bestätigen können:

- Ich bin damit einverstanden, dass alle zur Rechnungserstellung notwendigen Daten wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach den Gebührenordnungen und dazugehörige Diagnosen an die entsprechenden zuständigen Kostenträger (z.B. Krankenkassen, BG, DRV, Reha-Einrichtungen und Krankenhäuser) weitergeleitet werden können.
- Ich bin damit einverstanden, dass die erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten auf Anforderung und bei medizinischen Notfällen, die eine Weiterbehandlung dringend erforderlich machen, weitergegeben werden können:
 - an die ggfs. mitbehandelnden Ärzte oder Institutionen
 - an die für die Durchführung etwaiger Spezialuntersuchungen oder-behandlungen hinzugezogenen Ärzte oder Institutionen (z.B. Labor, Bestrahlung)
 - an die ggf. hinzugezogenen Hilfsmittelversorger

Sie entbinden Ihre/n behandelnden Arzt/Ärztin insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Abgabe der Einwilligung ist freiwillig und jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufbar.

Name / Vorname: _____ geb. am: _____

.....
Datum, Unterschrift Patient/Patientin

.....
Ggf. Datum, Name/Vorname/Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in