

Einwilligungserklärung

gemäß Artikel 6 Absatz 1 lit. a) Datenschutz-Grundverordnung / § 73 Abs. 1b SGB V

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben unsere ausgehängte Patienteninformation zur Kenntnis genommen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, 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.
- Ihre erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten von den ggfs. mitbehandelnden (Haus-)Ärzten, den für die Durchführung etwaiger Spezialuntersuchungen (Labor, Röntgen, Bestrahlung, Gewebeproben etc.) hinzugezogenen Ärzten oder Institutionen, sowie hinzugezogenen Hilfsmittelversorgern angefordert oder an diese weitergegeben werden können. Sie entbinden Ihren behandelnden Arzt insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.

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

Name: _____

Geb.-Datum: _____

Lübeck, den _____

Unterschrift Patient /in

(Ggfs. Name, Vorname gesetzlicher Vertreter)

(Ggfs. Unterschrift gesetzlicher Vertreter)