



Praxis Dr. Irmgard Zierden

COLOGNE PREVENT Dr. Undine Pittl

**PATIENTENEINWILLIGUNG ZUR DATENERHEBUNG UND ZUM DATENAUSTAUSCH
MIT LEISTUNGSERBRINGERN SOWIE EINGETRAGENEN PERSONEN, RECALL**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) zu übermitteln (z.B. mittels Arztbrief oder per Mail) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Zudem dürfen Sie uns die Erlaubnis geben, dass eingetragene Familienangehörige oder andere Personen Informationen über Sie erhalten, Rezepte oder Arztbriefe bei uns abholen können.

Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Mitbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Anderenfalls müssen wir Sie bitten, die Daten selbst an die Leistungserbringer zu übermitteln oder von diesen einzuholen. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich _____, geboren am _____

Adresse: _____

E-Mail-Adresse: _____

ein, dass meine personenbezogenen Daten (z. B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose, Medikamente) über die Behandlung bei **Frau Dr. Zierden und Frau Dr. Pittl** zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung, lückenlosen Dokumentation

in dem erforderlichen Umfang an Hausärzte, weiterbehandelnde Ärzte, Krankenhäuser, Labore, eingetragene Angehörige

- weitergegeben** werden dürfen.
- von diesen über meine Behandlung dort **im erforderlichen Umfang eingeholt** werden dürfen.
- Name und Geburtsdatum von Angehörigen/Personen/Pflegedienst, die für mich Unterlagen und Rezepte abholen dürfen resp. Informationen über mich einholen dürfen

-
- Eine **Kommunikation über Befunde** darf ausdrücklich **über meine E-Mail-Adresse** erfolgen.
 - Die Praxis darf mich an sinnvolle und notwendige Behandlungen und Termine erinnern (Recall).
 - Nein, ich willige nicht ein.** Damit entbinde ich die Praxis von der Verantwortung und allen Folgen, die sich aus dem Fehlen dieser Informationen ergeben.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Datum

Unterschrift