



Praxisklinik
im Stühlinger

Zentrum für ambulante
Diagnostik und Chirurgie
Stühlingerstr. 24
79106 Freiburg

Tel. +49 (0) 761 / 38 800-0
Fax +49 (0) 761 / 38 800-50

info@zadc.de
www.zadc.de

Einwilligungserklärung

Zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten im Sinne von § 73 Abs. 1 b SGB V durch den Haus-/Facharzt

Ich _____

Vorname, Name, Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis meine Patientendaten erhoben und verarbeitet 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

- mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- mein behandelnder (Haus-)Arzt/Psychotherapeut anderen Ärzten/Psychotherapeuten oder Leistungserbringern meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.
- mein behandelnder (Haus-)Arzt/Psychotherapeut bei meinen anderen Ärzten/Psychotherapeuten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden (Haus-)Arzt/Psychotherapeut zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters