

## Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Hausärzte in Hochdorf 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

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

HZV-Datenschutzerklärung erhalten

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.

Hochdorf, den \_\_\_\_\_

X

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Angehörigen weitergegeben werden, nachdem deren Identität festgestellt wurde:

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Hochdorf, den \_\_\_\_\_

X

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters



Ja	Nein

---

**Sonstige Erkrankungen:**

---

**Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja welche? Dosierung?**

---

**Weitere Angaben:**

Sind Sie Raucher?


Hatten Sie Operationen? Wenn ja welche? Wann?

---

Hatten Sie schwere Erkrankungen und Unfälle?

--	--

Wenn ja, welche und wann?

Bisheriger Hausarzt:

---

Sonstiges:

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben!**

---

Ort, Datum, Unterschrift