

Einwilligungserklärung zur Erhebung oder Übermittlung von Patientendaten gemäß § 73 Absatz 1 b SGB V

Ich erkläre mich einverstanden, daß in der Arztpraxis „Gastroenterologie am Klosterstern“ von Prof. Dr. med. Th. Lingenfeller 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 dessen Folgen.

Ich erkläre mich einverstanden

- daß mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei mir, bei behandelnden Ärzten und Leistungserbringern (z.B. medizinische Labore, radiologische Praxen, pathologische Institute, mitbehandelnde Kliniken) zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- daß mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich, mitbehandelnde Ärzte und Leistungserbringer (z.B. medizinische Labore, radiologische Praxen, pathologische Institute, mitbehandelnde Kliniken) übermittelt werden dürfen.

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.

Ergänzend stimme ich der Nutzung meiner Daten auch zu einem späteren Zeitpunkt als dem aktuellen Behandlungsfall (z.B. telefonische Rückfragen des Arztes oder der Arzthelferinnen, alternative Terminvereinbarungen, Erinnerungen an von den ärztlichen Leitlinien empfohlenen Kontrollterminen, Übersendung von Untersuchungsergebnissen) zu.

Ort, Datum und Unterschrift