



## Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

.....  
Vorname, Name

.....  
Straße, Ort

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis

### **DEVZ Deutsches Endokrinologisches Versorgungszentrum MVZ GbR**

meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde eine Patienteninformation 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 daraus entstehenden Folgen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- meine Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können,
- meine Behandlungsdaten und Befunde an Ärzte/Psychotherapeuten und andere Leistungserbringer, die mich ebenfalls behandeln, 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.
- Des Weiteren stimme ich der Nutzung meiner Daten ausdrücklich zu, bei der Zusendung von Benachrichtigungen per Mail bzw. SMS.

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.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters