

## Einwilligungserklärung zur Datennutzung

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

geboren: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Ihre personenbezogenen Daten werden nach den gesetzlichen Vorschriften (BDSG, EU-DSGVO) gespeichert und verarbeitet. Die verpflichtende Information 'Hinweise zum Datenschutz' ist vor Ort einsehbar und kann auf Anforderung an Sie ausgehändigt werden.

Ihre Daten dürfen an Dritte nur dann weitergegeben werden, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist wie z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung mit der kassenärztlichen Vereinigung, bei Anfragen der Krankenversicherung oder des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und auf Anforderung von Ämtern und Behörden auf der entsprechenden Gesetzesgrundlage.

Um Ihre persönlichen Daten im Zusammenhang mit der Behandlung an weitere Institutionen und Leistungserbringer (z.B. Kliniken, andere Ärzte, etc.) übermitteln zu dürfen und Ihnen weitere Services anbieten zu können, bedarf es Ihrer besonderen Einwilligung. Diese können Sie uns im Folgenden erteilen (\* zutreffendes bitte ankreuzen)

### Hiermit willige ich ausdrücklich ein, daß

- \* Meine behandelnden Ärzte der Gemeinschaftspraxis Ferdinandstraße (aktuell: Dr. M. Staudt, D. Rakette, P. Engel) Behandlungsdaten und medizinische Befunde von mir einholen, die z.B. einem Facharzt, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Diese Personen sind damit berechtigt, die Informationen an meine behandelnden Hausärzte zu übermitteln. Die Gemeinschaftspraxis Ferdinandstraße darf diese Informationen nur zur weiteren Behandlung und Dokumentation verwenden.
- \* an folgende Personen/ Angehörige, nach Feststellung Ihrer Identität, Behandlungsdaten (z.B. Rezepte, Überweisungen, Arztbriefe) weitergegeben werden:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geboren: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geboren: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

### Darüber hinaus erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden mit:

- \* der direkten Übermittlung von Rezepten/ Verordnungen an zuständige Leistungserbringer (z.B. Apotheke, Physiotherapeut, Pflegedienst/ -heim, Versorger)
- \* der direkten Übermittlung meiner Daten an die zuständige Privatärztliche Verrechnungsstelle zur Erstellung von Privatrechnungen
- \* die Verwendung meiner Daten für den Erinnerungsservice ('Recall', z.B. Vorsorgen, DMP). Die Benachrichtigung darf erfolgen per:  Telefon  Email  Post  SMS
- \* der Übermittlung von med. Unterlagen/ persönlicher Daten per E- Mail und Fax.

Diese Einwilligung kann jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden!

Hamburg, \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_