

Hausarztpraxis Altrip

Dr. Lutz Huser

Facharzt für Allgemeinmedizin

Dr. Ulrike Eppinger

Fachärztin für Innere Medizin

Marcel Eppinger

Facharzt für Innere Medizin

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

Ich, _____, geb. am _____

erkläre mich einverstanden, dass meine Patientendaten in der Hausarztpraxis Altrip erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte.

- über den Umfang und Art meiner Daten.
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung.
- über die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten, Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und der Behandlung angefordert werden können.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich und 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 Diagnose und Behandlung erforderlich sind
- Meine Daten zur Erhöhung der Datensicherheit gegebenenfalls verschlüsselt und damit formal verändert werden dürfen (zum Beispiel zur Datenübertragung oder Datensicherung).

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.

Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Unterlagen (zum Beispiel Rezepte, Überweisungen, Arzt-, beziehungsweise Krankenhausberichte) an eine von mir bestimmte Vertrauensperson (zum Beispiel Ehemann, Ehefrau, Kinder, Enkelkinder etc.) oder Institutionen (zum Beispiel Sozialstation, Pflegeheim, Apotheke etc.) ausgehändigt werden dürfen.

Name/n der Vertrauensperson/en: _____

Altrip, den _____ Unterschrift: _____