

# Einwilligungserklärung

Name, Vorname in Blockbuchstaben:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

Zum Zwecke der notwendigen Weitergabe, Übermittlung, Anforderung, Kommunikation und Organisation von persönlichen Daten zur Identifikation und zum Gesundheitszustand, benötigen wir differenzierte Einwilligungen von Ihnen.

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte mit "ja" an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, kreuzen Sie diese mit "nein" an oder leisten keine Angabe.

**Ich willige zu folgenden Möglichkeiten ein:**

**Dürfen wir Sie anrufen?**

ja

nein

Zweck: Rückrufe zur Rücksprache und Informationsaustausch zur Behandlung und Terminen per Telefon.

**Geben Sie Ihre Telefonnummer an:**

**Dürfen wir Sie anmailen?**

ja

nein

Zweck: Kommunikation mit der Praxis mittels unverschlüsselter Mail. Es erfolgt **keine** Versendung von Gesundheitsdaten.

**Geben Sie Ihre Email-Adresse an:**

**Sollen wir telef./mündl. Informationen an jemanden herausgeben?**

ja

nein

Zweck: Herausgabe von telefonischen u./o. mündlichen Patienteninformationen (z.B. Laborwerte, Termine etc.) an andere Personen.

**Benennen Sie empfangsberechtigte Personen:**

\_\_\_\_\_

Zusätzlich:

**Beziehung/Verwandschaftsgrad**

**Sollen wir Ihre Daten an jemanden übermitteln?**

ja

nein

Zweck: Übermittlung Patientenunterlagen (Briefe/Befunde) an andere Personen/Firmen (z.B. Ärzte, Pflegedienste, Heime).

**Geben Sie an, wer berechtigt wird, Ihre Unterlagen durch uns zu erhalten:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Einwilligungserklärung

Darf jemand Ihre Unterlagen abholen?

ja

nein

Zweck: Herausgabe von Patientenunterlagen (z.B. Rezepte) an Abholer.

Benennen Sie berechnigte Personen

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

Sie können jederzeit ohne Angaben von Gründen diese Einwilligungserklärung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft formlos widerrufen. Teilen Sie uns auch Änderungswünsche jederzeit mit, wenn Sie Angaben geändert haben möchten. Wir werden Sie regelmäßig bei Ihrem Besuch nach der Aktualität ihrer Daten und ihrer Einwilligung fragen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Umsetzung bejahender Abfragen. Es bestehen keine Verständnisprobleme zur korrekten Umsetzung.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in) / gesetzliche(r) Vertreter(in)