

# PATIENTENEINWILLIGUNG BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

## EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit willige ich,

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

für mein Kind

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei der Hausarztpraxis Kreuzer zur Gewährleistung der medizinischen Behandlung an weiterbehandelnde Ärzte, Krankenhäuser, Labore, Apotheken, Sanitätsfachgeschäfte, Seniorenheime, Pflegedienste Angehörige 1.Grades und Krankenkassen weitergegeben werden dürfen.  
(Nichtzutreffendes bitte streichen)

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber den Ärzten nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärzte von der Schweigepflicht.

Dülmen, den \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift /Erziehungsberechtigter