

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. Art. 13 DSGVO

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten/Laboren eingeholt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

An folgende Angehörige/Personen dürfen, nach Feststellung der Identität, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name / Adresse / Telefon:

1: _____

2: _____

_____ (Ort, Datum)	_____ (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter)
-----------------------	---