



## Datenschutzerklärung / Patienteneinwilligung

Zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten gemäß § 73 Abs. 1 SGB V und Art. 13 DSGVO

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. Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (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: \_\_\_\_\_

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei der ÜBAG MVZ Dres. med. Krause & Dr. R. Krause

Körner Hellweg 74&83  
44143 Dortmund

Rheinische Str. 36  
44137 Dortmund

Siegburgstr.24  
44359 Dortmund

Möllerstr. 29  
58119 Hagen

Allee 15  
59439 Holzwickede

Nordenmauer 18  
59174 Kamen

Hauptstr. 42  
58706 Menden

- weiterbehandelnde Ärzte
- an weiterbehandelnde Krankenhäuser
- an die zuständige Apotheke (nur im Falle von Betreuungen)
- an das Labor: MVZ Dr. Eberhard & Partner (ÜBAG) Brauhausstraße 4, 44137 Dortmund

Familienangehörige(r): \_\_\_\_\_

weitergegeben werden dürfen. Außerdem ist es für den Ablauf in unserer Praxis nötig Sie mit Namen anzusprechen, welchen andere Patienten mitbekommen können. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber des ÜBAG MVZ Dres. med. Krause & Dr. R. Krause 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 Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht, allerdings ausschließlich zu den oben genannten Zwecken. Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (gesetzl. Vertreter bei Minderjährigen)