

Gemeinschaftspraxis Dr. Deist/Ernst ISO 9001:2015	<b>FB</b> <b>Datenschutz</b> <b>Einverständniserklärung Patienten</b>	Version 2
---	---	--------------

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_

**Name, Vorname**

**Geburtsdatum**

mich damit einverstanden, dass meine Daten im Bedarfsfall an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Auftragslaboratorien\* zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können
- Hausarzt
- Krankenhäuser

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte/ Überweisungen von anderen Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen, mit Vorlage der Krankenversichertenkarte oder einer Bevollmächtigung der Patient:innen

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift

\*Die genauen Anschriften sind beim Personal der Anmeldung zu erfragen.

## Einwilligung über Befundübermittlung

Hiermit werde ich in Kenntnis gesetzt, dass bei der Befundübermittlung per Fax **nicht** gewährleistet werden kann, dass es sich beim Empfänger um die berechtigte Person handelt. Weiterhin nehme ich zur Kenntnis, dass die Befundübermittlung per E-Mail **nicht** verschlüsselt erfolgt.

Durch die Unterschrift dieser Einwilligung verliere ich **alle** Rechtsansprüche gegen die Gemeinschaftspraxis Dr. Deist/Ernst, falls meine personenbezogenen medizinischen Daten durch Dritte gelesen, verändert, gelöscht oder für Werbezwecke usw. in jeglicher Hinsicht missbraucht werden

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift

Quelle: QuDaMed Sonnemann/Strelecki