

# Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis

## Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer Patienteninformation zum Datenschutz wurden Sie darauf hingewiesen, dass Ihre Daten an Dritte nur dann weitergegeben 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. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist eine adäquate Weitergabe der Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich Sie müssen dann ggf. selbst notwendige Informationen liefern. Auch um Ihnen unsere Service-Angebote anbieten zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung. Diese Einwilligungen können Sie uns im Folgenden erteilen:

### Einwilligung in die Datenweitergabe

Hiermit willige ich,

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

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

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

ein, dass meine Daten über die ärztliche Behandlung bei

Praxis Curamed, Schwerdstr.5-7, 67574 Osthofen,

Praxis Curamed, Hauptstr. 97, 67583 Guntersblum

an weiterbehandelnde Ärzte, Psychotherapeuten

an Krankenhäuser

an das Labor Augsburg MVZ

an die PVS (Privatärztliche Verrechnungsstelle), Geschäftsstelle Mannheim

an (z.B. Familienangehörige): \_\_\_\_\_

für einen Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorge-Untersuchungen („Recall“) per Telefon

für die Übermittlung von Informationen per Telefon oder E-Mail

weitergegeben werden dürfen.

Angabe Kontaktdaten Telefon/eMail: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/ dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft 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.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift