

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name (Patient)

— erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Holz meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.
Ich hatte die Möglichkeit Rückfragen zu stellen über:

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

-
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
 - mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen

kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

— ☐ Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass Dokumente und Ergebnisse der psychiatrischen Untersuchungen in meine elektronische Patientenakte (ePA) eingestellt werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters