



Praxis für Allgemeinmedizin
Dr. med. Carmen Wörz
und Ärzte-Team

Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich

(Vorname, Nachname, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis für Allgemeinmedizin Frau Dr. Wörz und Ärzte-Team meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Im Rahmen Ihrer Untersuchung oder Behandlung arbeiten wir mit anderen Ärzten, Psychotherapeuten und sonstige Leistungserbringern zusammen, an die wir Daten von Ihnen, insbesondere Untersuchungsergebnisse und Befunde, übermitteln oder anfordern müssen, bei denen Sie in Behandlung sind.

Dazu gehören z.B. auch Labore, bei denen bestimmte Werte (etwa Blutwerte) erstellen lassen, die wir für Ihre Diagnose und Behandlungen benötigen.

Darüber hinaus bestehen gesetzliche Vorgaben für unsere Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Ihrer Krankenkasse, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der Ärztekammer.

Im Einzelfall übermitteln wir die Daten mit ihrem Einverständnis- an weitere berechtigte Empfänger.

Ihr Einverständnis gilt bis zu einem Widerruf auch für zukünftige Behandlungen und Untersuchungen bei uns. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen darf

Ort, Datum

Unterschrift