



Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden

(zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73.
Abs. 1 b SGB V)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich bin damit einverstanden, dass die Betreiber, die angestellten Ärzte und die Mitarbeiter des MVZ Goldbachs (nachstehend MVZ Goldbach genannt) Behandlungsdaten und Befunde von mir einholen bei:

- einem Facharzt oder
- einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin.

Das MVZ Goldbach darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ Goldbach Behandlungsdaten und Befund weiterleitet an:

- weiterbehandelnde Ärzte und Therapeuten
- Privatversicherung

Das MVZ Goldbach darf diese Informationen nur zum Zwecke der zu erbringenden Leistungen weiterleiten.

Ich habe das Recht:

- über die mich betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten
- auf Berichtigung unrichtiger Daten
- auf Löschung von Daten unter bestimmten Voraussetzungen (Aufbewahrungsfrist)
- auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie Datenübertragbarkeit
- die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen
- mich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für Datenschutz zu beschweren

Mir ist bekannt, dass ich die Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann. Die Verarbeitung meiner Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen.

Ort, Datum

Unterschrift