

Einverständniserklärung des Patienten

zur Übermittlung von persönlichen Gesundheitsdaten

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



Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____

PLZ/ Wohnort: _____ Straße: _____

Telefon mobil: _____ Festnetz: _____

E-Mail-Adresse: _____

Krankenkasse: _____

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass mir Betreiber und Mitarbeiter/innen des MVZ Goldbach (nachstehend MVZ Goldbach genannt), persönlich, telefonisch, per Post, Telefax, SMS oder E-Mail persönliche Gesundheitsdaten übermitteln dürfen.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ Goldbach Behandlungsdaten und Befunde von mir einholen darf, bei
- einem Facharzt oder
 - einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin
- Das MVZ Goldbach darf diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ Goldbach Gesundheitsdaten und Befunde weiterleiten darf, an
- weiterbehandelnde Ärzte und Therapeuten
 - einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin
 - Krankenversicherung
 - Apotheke (Rezepte)
- Das MVZ Goldbach darf diese Informationen nur zum Zwecke der zu erbringenden Leistungen weiterleiten.
- ☐ Mir ist bekannt, dass ich die Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann. Die Verarbeitung meiner Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen.

Ich habe das Recht

- über die mich betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten
- auf Löschung von Daten unter bestimmten Voraussetzungen (Aufbewahrungsfrist)

Ort, Datum

Unterschrift