

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 persönliche Rechnungen an meine angegebene E-Mail-Adresse übermitteln darf.

☐ 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