

# Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

---

Vorname, Name

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. med. Michael Schwehn meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

über den Umfang und die Art meiner Daten

über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Wenn ich wünsche, dass diese Praxis anderen Ärzten, z.B. dem Hausarzt, Daten (z.B. einen Befundbericht) übermittelt, werde ich dies gesondert mitteilen. Dazu reicht eine mündliche Mitteilung, die in der Praxis in der Patientenakte dokumentiert wird.

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.

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit einem Mailkontakt, Telefonkontakt oder SMS-Kontakt zur Terminabsprache und zum Senden von Therapieinformationen oder dem Beantworten von Fragen einverstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten