



Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich,

Vorname, Name, Geburtsdatum,

erkläre mich einverstanden, dass im Medizinischen Versorgungszentrum der Spitalstiftung Konstanz 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 Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folge dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass (nicht Zutreffendes ggf. streichen)

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können,
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- Ich möchte nicht, dass von folgenden Ärzten/Psychotherapeuten Patientendaten von mir angefordert bzw. an diese weitergeleitet werden:

Name der Praxis, Anschrift

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.

Optional:

- Zur Verbesserung der Qualität bin ich damit einverstanden, dass mich das MVZ mittels E-Mails (ohne sensible Inhalte - Informationen und Terminerinnerungen) kontaktieren darf.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Gesetzl. Vertreter