	<b>Arkadenklinik Filderstadt GmbH</b> <b>BAG Dres. Jenninger, Maurer,</b> <b>Wilde, Lind</b>	Dok Nr. ID-669a
	<b>Einwilligungserklärung zur</b> <b>Erhebung/Übermittlung von</b> <b>Patientendaten gem. § 73</b> <b>Abs. 1b SGB V</b>	Stand 05-2018
		Revision 001

Ich

.....

Vorname, Name, Geburtsdatum, Wohnort

Erziehungsberechtigte/r:.....

Erkläre mich einverstanden, dass in der Arkadenklinik Filderstadt GmbH, BAG Dres Jenninger, Maurer, Wilde, Lind meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ein Informationsblatt zum Datenschutz ist in der Praxisklinik ausgehängt und kann auch ausgehändigt werden, 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.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

= mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.

= der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Erstellt von	Datum	Freigegeben von	Datum	Version	Seite 1 von 2
Wittmann	05-2018	Dr. Lind	05-2018		
<b>Dateiname:</b>	G:\Eigene Dateien\Datenschutz\Datenschutz\ID_interne Dokumente\ID_669a_Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1b SGB V.docx				

	<b>Arkadenklinik Filderstadt GmbH</b> <b>BAG Dres. Jenninger, Maurer,</b> <b>Wilde, Lind</b>	Dok Nr. ID-669a
	<b>Einwilligungserklärung zur</b> <b>Erhebung/Übermittlung von</b> <b>Patientendaten gem. § 73</b> <b>Abs. 1b SGB V</b>	Stand 05-2018  Revision 001

Mein Hausarzt ist (Adresse):

Mein Facharzt ist (Adresse):

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

**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.**

Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Erstellt von	Datum	Freigegeben von	Datum	Version	Seite 2 von 2
Wittmann	05-2018	Dr. Lind	05-2018		
<b>Dateiname:</b>	G:\Eigene Dateien\Datenschutz\Datenschutz\ID_interne Dokumente\ID_669a_Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1b SGB V.docx				