

Datum:	Beruf:
Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
Wohnort:	
Telefon/Handy:	
Email:	
Unverträgliche Medikamente:	
Bekannte Allergien:	
Chron. Erkrankungen:	
<u>Regelmäßig einzunehmende Medikamente:</u>	
Schwanger (Woche):	
Krankenkasse:	
Gesetzlich/privat versichert:	

## Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

---

Name, Vorname

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis **Dr. Ina Ilkhanipur** meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchen ich auch Rückfragen stellen konnte.

- über den Umgang 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

- 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 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 die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

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:

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.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter