

**Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich

bestätige hiermit, daß ich die ausliegende Patienteninformation zur EU-Datenschutzgrundverordnung gelesen und verstanden habe und erkläre mich

☐ einverstanden

☐ nicht einverstanden

- daß meine Befunde und die dazu notwendigen persönlichen Daten an kooperierende medizinische Einrichtungen zur Optimierung der Behandlung per Telefon, Fax oder E-mail versendet werden dürfen.

- daß mein behandelnder Arzt bei anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der vom behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

- daß die Praxis sowohl Probenmaterial als auch alle erforderlichen Daten (z.B. Name, Alter, Adresse, Versicherungsstatus, Angaben zu bestehenden Erkrankungen und Vorerkrankungen, Vorbefunde) an das Medizinische Labor Nienburg, Dr. Frank Bollig, Rathausstrasse 4, 31608 Marklohe weitergeben darf.

- daß zur Durchführung seltener Spezialanalysen mein Blut und andere Körpermaterialien sowie die notwendigen Daten (s.o.) zu meiner Person auch an andere Labore weitergegeben werden. Die Weitergabe erfolgt ausschließlich an Auftragslabore, die den gesetzlichen Vorgaben zur Schweigepflicht und zum Datenschutz unterliegen.

daß die Praxis zum Zwecke der Terminerinnerung SMS-Nachrichten an mich versendet.

daß die Praxis zu Informationszwecken Email-Nachrichten an mich versendet.

Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen.

Diese Einwilligung gilt solange ich mich in der o.g. Praxis in Behandlung befinde.

Mir ist bekannt, daß ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

---

(Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters)