



Praxis Andreas Wede
Hausarzt, Palliativmedizin & Suchtmedizin
Hannoversche Str. 9
31582 Nienburg

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

Ich, _____
Vorname, Name, Geburtsdatum

wohnhaft in _____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

bestätige hiermit, dass ich die ausliegende Patienteninformation zur EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) 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 dürfen. Die Weitergabe erfolgt ausschließlich an Auftragslabore, die den gesetzlichen Vorgaben zur Schweigepflicht und zum Datenschutz unterliegen.

Außerdem bin ich einverstanden (bitte ankreuzen, falls gewünscht),

- ☐ dass die Praxis mir zum Zwecke der Terminerinnerung SMS-Nachrichten sendet.
☐ dass die Praxis mir zu Informationszwecken E-Mail-Nachrichten sendet.

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.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. der gesetzlichen Vertretung