

## PATIENTENEINWILLIGUNG BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten aufnehmen, verarbeiten und speichern sowie sie an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung weiterhin bis auf Widerruf verarbeiten und speichern sowie an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information behandelnder Ärzte und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssten dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

### EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit willige ich,

Name: \_\_\_\_\_, Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ ein,

dass meine personenbezogenen & Gesundheits-Daten über die ärztliche Behandlung im Institut für Ästhetik und Life Coaching aufgenommen, verarbeitet und gespeichert werden dürfen sowie an

- den zuweisenden Arzt
- weitere mitbehandelnde Ärzte und Einrichtungen
- Familienangehörige (Verwandtschaftsgrad, Name) \_\_\_\_\_
- Folgende Person (Name) \_\_\_\_\_

weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Wesseling, den \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_