



Einwilligung zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten

Sehr geehrte Patientin,  
 sehr geehrter Patient,

aufgrund strenger datenschutzrechtlicher Anforderungen benötigen wir von Ihnen für die Speicherung und für die weitere Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten eine schriftliche Einwilligung. Bitte beachten Sie auch unsere Patienteninformation zu dem Thema. Ihre Daten sind streng gesichert und können nur von Menschen eingesehen werden, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen!

Name:	Vorname:
Geb.datum	

		Bitte Zutreffendes ankreuzen	
		Einverstanden	Nicht einverstanden
1.	Die gespeicherten Daten dürfen in schriftlicher oder mündlicher Form mit anderen, Sie betreuenden Ärztinnen oder Ärzten besprochen bzw. weitergegeben werden.		
2.	Die Praxis darf Daten und Befunde von vorbehandelnden Ärztinnen oder Ärzten erfragen, um die weitere Behandlung planen zu können.		
3.	Bei Magen-Darm-, Lungen- oder Gynäkologischen Tumoren ist eine Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) möglich, was für <b>Sie</b> zusätzlich vorteilhaft ist.		
4.	Ich bin damit einverstanden, dass Medikamente und Infusionslösungen im Rahmen der Behandlung von öffentlichen Apotheken in die Praxis oder zu mir nach Hause geliefert werden.  <b>Achtung: Wenn Sie nicht von der Zuzahlung für Medikamente befreit sind, bekommen Sie Rechnungen über Ihre Zuzahlungen von den Apotheken nach Hause geschickt!</b>		
5.	Folgende Personen dürfen Auskunft über meine Erkrankung und deren Verlauf erhalten • • • •		



6.	<p>Hiermit erkläre ich durch meinen freien Willen, dass folgende Person/en berechtigt sind Rezepte, Überweisungen, Arztbriefe und sonstige vertrauliche Schreiben (Unzutreffendes streichen) entgegenzunehmen:</p> <p><input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> unbefristet bis auf Widerruf</p> <p>(Name, Vorname, Geburtsdatum)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>•</li><li>•</li><li>•</li></ul>
----	--

Bitte beachten Sie, dass Ihre Einwilligung freiwillig ist und eine Verweigerung keine Nachteile für Sie für die medizinische Behandlung darstellt. Jederzeit können Sie Ihre Einwilligung widerrufen. Bitte beachten Sie, dass bis zum Zeitpunkt des Widerrufs die aufgrund der Einwilligung erfolgte Datenverarbeitung weiterhin rechtmäßig bleibt.

Mönchengladbach, den \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_