Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

Ich (Vorname, Nachname, Geburtsdatum)

_____

erkläre mich einverstanden, dass **Dr. med. Klaus Ulrich Wiest**

die von mir geführte Behandlungsdokumentation einschließlich aller, auch bereits erhobener Befunde und Daten zum Zwecke einer Weiterbehandlung in der Praxis und die Aufbewahrung der Behandlungsdokumentation für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten an **Dr. med. Claire Rogers** übergibt.

Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass

- meine Patientendaten erhoben und von allen ärztlichen, sowie nicht-ärztlichen Mitarbeitern der Praxis verarbeitet werden.
- die Informationen zum Datenschutz auf unserer Homepage und in der Praxis einsehbar sind. Diese betreffen den Umfang und die Art der Daten, die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung, die Möglichkeiten Widerspruch einzulegen und die Folgen dessen.
- meine Patientendaten bei anderen Ärzten/ Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren medizinischen Behandlung angefordert werden können.
- meine Patientendaten an weitere behandelnde Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer (z.B. Krankenhäuser) übermittelt werden dürfen.
- ich gegebenenfalls an Termine in der Praxis erinnert werde, v. a. wenn diese vor längerer Zeit vereinbart wurden.

Mir ist bekannt, dass

- die Beantwortung von Fragebögen aus der Praxis freiwillig ist.
- ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

_____ _____

Datum, Ort Unterschrift