

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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



## Einwilligungserklärung

Sehr geehrte Patient\*innen,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Zur genauen Information verweisen wir auf unsere ausführliche PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ.

Nur im Fall der erweiterten Datenverarbeitung benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Ich willige hiermit bis auf Widerruf ein,

1. dass gemäß § 73 Abs 1b Sozialgesetzbuch (SGB) V mein behandelnder Arzt/Ärztin (Gemeinschaftspraxis Glinde, Dres. med. Amschler, Schießl, Siefert, Winkler, Buchholz) die Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung bei anderen Ärzten und Krankenhäusern anfordern sowie die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an mitbehandelnde andere Ärzte und Krankenhäuser übermitteln darf.

---

Ort, Datum Unterschrift

Ich willige hiermit bis auf Widerruf ein,

2. dass gemäß Art. 7 und 9 II DSGVO meine Patientenunterlagen im Rahmen des digitalen Versands (E-Mail) verschickt und empfangen werden. Die Erteilung dieser Einwilligung hat keine Auswirkungen auf die Art der Behandlung und ist nicht Bedingung für eine regelrechte medizinische Versorgung. Wir weisen darauf hin, dass die Datenübertragung im Internet (z.B. bei der Kommunikation per E-Mail) Sicherheitslücken aufweisen kann. Ein lückenloser Schutz der Daten vor dem Zugriff durch Dritte ist nicht möglich. Der E-Mail-Versand unserer Praxis erfolgt jedoch unter aktuell hohen Sicherheitsstandards (Ende-zu-Ende-Verschlüsselung mit Passwortschutz, Verschlüsselung ruhender Daten).

---

Ort, Datum Unterschrift

Meine E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Ich willige hiermit bis auf Widerruf ein,

3. dass gemäß Art 4 EU DSGVO per SMS-Versand eine Terminbenachrichtigung erfolgen kann.

Meine Mobilfunknummer: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum Unterschrift