

## **PATIENTENEINWILLIGUNG BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer "Patienteninformation zum Datenschutz" wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten 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 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 Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern.

Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen.

### **EINWILLIGUNG ZUR DATENWEITERGABE**

Hiermit willige ich,

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

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

Adresse: \_\_\_\_\_

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei Orthopädische Gemeinschaftspraxis Dr. med. Marco Landwehr, Matthias Pal, Dr. med. Norman Zschech, Am Holzplatz 1, 46284 Dorsten an

- die weiterbehandelnden Ärzte
- die Krankenhäuser
- die Labore
- sonstiges wie Apotheken, Physiotherapeuten usw.

weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt 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.

Unterlagen, Rezepte usw. dürfen von folgenden Angehörigen abgeholt werden:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)