

## Datenschutzerklärung/Vollmacht

Sehr geehrte(r) Patient(in),

Wir unterliegen der Verschwiegenheitspflicht. Das bedeutet, dass wir NIEMANDEM Auskunft über Sie erteilen dürfen. Dies gilt sogar für die Tatsache, dass Sie überhaupt bei uns in Behandlung sind. Auch Angehörigen gegenüber dürfen wir keine Auskunft geben, es sei denn, es ist Ihr ausdrücklicher Wille. Wenn es in Ihrem Interesse ist, dass wir einem Angehörigen, Freunden oder Bekannten Auskunft erteilen dürfen (hierzu zählen auch Ausdruck von Befunden, Rezepten oder Überweisungen), müssen Sie uns dieser Person gegenüber der Verschwiegenheitspflicht entbinden. Dazu dient dieses Formular. Auch hier möchten wir nochmals auf die Freiwilligkeit hinweisen.

### Vollmacht

Ehefrau/Ehemann/Lebensgefährtin;  Mutter/Vater;  Tochter/Sohn

Schwester/Bruder

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_ Handy (freiwillig): \_\_\_\_\_

E-Mail (freiwillig): \_\_\_\_\_

Hiermit bevollmächtige ich \_\_\_\_\_ (Vorname und Name) die oben genannte Person alle meine  ärztlichen Befunde,  Ergebnisse,  Rezepte,  Überweisungen,  Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in meinem Namen für mich abzuholen. Zutreffendes bitte ankreuzen!

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

### Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

· der mich behandelnde Hausarzt bei anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

· mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.

· mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt. Dies betrifft nur Daten, die für die Behandlung erforderlich sind.

Sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)