



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 Behandlungsvertrags 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. selbst 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 durch Herrn Dr. Steffen Müller, Kinkelsmaarweg 26, 51143 Köln an

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> weiterbehandelnde Ärzte | <input type="checkbox"/> behandelnde Krankenhäuser |
| <input type="checkbox"/> beauftragte Labore | <input type="checkbox"/> privatärztliche Abrechnungsstellen |
| <input type="checkbox"/> Krebsregister NRW | <input type="checkbox"/> Arztverwaltungsprogramm |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | |

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 in den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Köln, den _____
Datum

Unterschrift