

Einverständniserklärung

Persönliche Angaben

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Straße / Hausnummer

.....
PLZ / Ort

.....
Telefon

.....
E-Mail (freiwillig)

Einverständnis zur medizinischen Behandlung

Ich erkläre mich einverstanden mit der Untersuchung und Behandlung in der **Praxis Dr. Michael Denne, Facharzt für Allgemeinmedizin sowie Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie**

Mir ist bekannt, dass ich vor medizinischen Maßnahmen über deren Art, Umfang und mögliche Risiken aufgeklärt werde und jederzeit Fragen stellen kann.

☐ Ja ☐ Nein

Einverständnis zur Anforderung und Weitergabe von Befunden

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis zum Zweck meiner medizinischen Behandlung erforderliche Befunde und Arztberichte bei vorbehandelnden Ärztinnen, Ärzten, Krankenhäusern oder sonstigen medizinischen Einrichtungen anfordern darf.

Ebenso dürfen medizinisch notwendige Befunde und Arztberichte an mitbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser oder andere medizinische Einrichtungen weitergegeben werden.

☐ Ja ☐ Nein

Einverständnis zur Kontaktaufnahme

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis mich zur Terminvereinbarung, Terminverschiebung oder zur Übermittlung wichtiger organisatorischer Informationen kontaktieren darf.

☐ telefonisch ☐ per SMS

☐ per E-Mail ☐ per Messenger-Dienst

Mir ist bekannt, dass die elektronische Kommunikation Risiken hinsichtlich der Datensicherheit mit sich bringen kann.

Einverständnis zur Information über Untersuchungsergebnisse

Ich bin damit einverstanden, dass Untersuchungsergebnisse, Laborwerte oder organisatorische Informationen an folgende Person weitergegeben werden dürfen:

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum (optional)

.....
Verhältnis zu mir

- ☐ Ich bin mit der Weitergabe einverstanden.
☐ Ich wünsche keine Weitergabe von Informationen.

Datenschutz

Ich wurde darüber informiert, dass meine personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zweck der medizinischen Behandlung und entsprechend den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen verarbeitet werden.

Die Datenschutzhinweise der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen.

☐ Ja

Widerruf

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungen jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patientin / Patient

Bei Minderjährigen: Unterschrift der/des
Sorgeberechtigten

Für die Praxis

- ☐ Datenschutzhinweise ausgehändigt.
☐ Einverständniserklärung erläutert.
☐ Angaben geprüft.

.....
Datum

.....
Mitarbeiter / Mitarbeiterin