

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

Ich, (Patientenname und Geburtsdatum).....

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiterer Behandlungen anfordert
- mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Datenverarbeitung und Rechtsgrundlage für die Verarbeitung, auch z.B. aus Art. 6 Abs. 1 DS-GVO (Erfüllung eines Vertrages), vertraulich an folgende Dritte weiterleitet:
 - Labore: Synlab MVZ Regensburg/ Synlab MVZ Weiden
 - Fachärzte
 - Krankenhäuser
 - Seniorenheime
 - Pflegedienste
 - Physiotherapeuten

Art der erhobenen Daten sind z.B. persönliche Angaben (Name, Adresse, Geburtsdatum), Gesundheitsdaten, Versichertendaten.

Folgende Personen berechtige ich dazu Rezepte, Befunde o.ä. für mich abzuholen:

.....

Dauer der Datenspeicherung und Löschfristen:

Die Daten der Patientenakte werden gemäß §630 f Abs. 3 BGB für mindestens 10 Jahre gespeichert.

Recall

Ich möchte unverbindlich an meine Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen erinnert werden per:

- Anruf
- E-Mail
- Post/Fax
- nein, ich wünsche keinen Recall

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

Datum, Unterschrift:

.....