



Patientenfragebogen und Einwilligung in die Datenverarbeitung

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6,7 Abs. 1 DSGVO

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Allergien: _____

Aktuelle Medikamente: _____

Erkrankungen: _____

1. Ich stimme hiermit der Verarbeitung und Speicherung meiner Daten für den Zweck der Patientenbehandlung und Dokumentation in der Fachpraxis für Gastroenterologie und viszerale Diagnostik zu.
2. Ich stimme zu, dass meine Proben und für die Bearbeitung dieser notwendige Daten an das Medizinische Labor Dr. Retzlaff / Dr. Löbel, Jena und die Praxis für Pathologie Dr. Almut Kunze, Bad Berka übermittelt und diese gegenüber Dr. med. Marko Weber auskunftsbefugt sind.
3. Ich stimme zu, dass meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Angestellten und Ärzten genutzt werden und ich an Kontrolluntersuchungen per Brief, Telefon oder E-Mail erinnert werden kann.
4. Für Patienten von Dr. med. Schöne: Ich stimme einer Einsichtnahme und Speicherung meiner bisher durch Frau Dr. med. Schöne geführten Patientenunterlagen durch Dr. med. Marko Weber ausdrücklich zu.

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem/r Hausarzt/-ärztin, ggf. auch Ihrem überweisendem Arzt, über die hiesigen Untersuchungsergebnisse bzw. Behandlungsmaßnahmen zu berichten, sofern Sie damit einverstanden sind.

Wir bitten Sie daher, uns Ihren Hausarzt / überweisenden Arzt zu nennen und uns mitzuteilen, ob Sie mit der **Übersendung von Berichten** einverstanden sind.

1. **an** die nachfolgend benannten weiterbehandelnden Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser oder sonstigen medizinischen Leistungserbringer

Hausarzt:

Facharzt / Überweiser:

andere:

zum Zwecke der durchzuführenden Dokumentation und weiteren Behandlung übermittelt werden dürfen.

2. **von** den nachfolgend benannten Ärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern oder sonstigen medizinischen Leistungserbringern

Hausarzt:

Facharzt/Überweiser:

andere:

zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden dürfen.

Auf die „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurde ich hingewiesen und ich habe diese inhaltlich zur Kenntnis genommen.

Widerruf

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung gegenüber meinem behandelnden Arzt/Psychotherapeuten jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenübermittlungen bleiben rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten (ggf. des gesetzlichen Vertreters)