

**Einwilligungserklärung**  
zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Name	Vorname	Geb.-Datum
Versicherten-Nr.	Krankenkasse	Patienten-Nr.

**1. Übermittlung und Einholung von Patientendaten**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Mit der Auswahl **einer** der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular, erteilen Sie der *Praxis Dr. med. Kerstin Etzel, Oslanderstr. 2, 73230 Kirchheim Teck* die hierfür erforderliche Einwilligung.

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.
- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten ausschließlich an nachfolgende Ärzte oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen:

(Hier bitte Praxisname(n) und entsprechende Anschrift eintragen)

- Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

**2. Übernahme von Patientendaten der Praxis Dr. Herzberg**

- Ich willige ein, dass die Praxis Dr. Etzel die von der ehemaligen Praxis Dr. Herzberg erhobenen und dokumentierten Patientendaten einsehen und für die Fortsetzung meiner Behandlung verwenden darf. Dies hat den Vorteil, dass wir Sie gleich von Beginn an mit einem besseren Vorwissen zu Ihrer Krankengeschichte behandeln können.
- Ich lehne die Übernahme von Patientendaten der ehemaligen Praxis Dr. Herzberg ab.

**3. Berechtigung Dritter**

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne Angehörige oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	Umfang der Herausgabe von Informationen:
	<input type="radio"/> Nur Rezepte/Verordnungen/Überweisungen
	<input type="radio"/> Sämtliche Behandlungsdaten

**4. Widerruf**

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum	Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters
------------	---

# Zustimmung zur Nutzung\* von Patientendaten für die Praxisorganisation / unseren Service

Ich

---

Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum

---

Anschrift, PLZ; Wohnort

stimme zu, dass die Praxis

Praxis Dr. med. Kerstin Etzel  
Osianderstraße 2, 73230 Kirchheim unter Teck

meine Kontakt-Daten nutzt für

- einen Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorge-Untersuchungen per

- Postbrief
- Patienten-App
- SMS an folgende Mobilnummer:

---

- Telefon an folgende Nummer:

- die Zusendung von Informationsschreiben per

- Postbrief
- verschlüsselter\*\* E-Mail an folgende E-Mailadresse:

Es ist mir bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Die Zustimmung ist freiwillig, das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

---

Datum

---

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

\* Im Sinne von „Verarbeiten“ nach Artikel 4 Nr. 2 DS-GVO

\*\* S/MIME oder PGP