

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

Behandelnde Praxis: AlpRad-Radiologisches Zentrum Alpenrand

Angaben Patient:

Name: _____

Straße:

PLZ, Wohnort:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten, Befunde und Bilder zum Zweck der beim überweisenden Arzt, Hausarzt und mit-/weiterbehandelnden Ärzte zu führender Dokumentation der weiteren Behandlung übermittelt.

der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde einholt/erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Für diese Maßnahme entbinde ich die/den mich behandelnde/n Ärztin/Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

Mir ist bekannt, dass die datenschutzrechtliche Einwilligung und die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht im angegebenen Umfang **Voraussetzung für die Behandlung** ist und eine Verweigerung zur Folge hätte, dass die Behandlung nicht durchgeführt werden kann.

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

Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und erkläre hiermit mein **Einverständnis** zur **Datenerhebung** und **Datenübermittlung**.

JA

NEIN

Hinweis: Das ausliegende Informatiosblatt zur Datenspeicherung kann in der Praxis eingesehen werden.

Fridolfing/Traunreut/Trostberg, _____

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigte/r