

Bitte auch Seite 2 ausfüllen → → →

NAME, Vorname (Pat.) \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Kontakt Daten **Pat:** Festnetz \_\_\_\_\_

Mobil-Tel. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Bei **minderjähr. Pat.:** Mutter (Name) \_\_\_\_\_

Mutter (mobil) \_\_\_\_\_

Vater (Name) \_\_\_\_\_

Vater (mobil) \_\_\_\_\_

Ggf. gesetzl. **Betreuer** / Name: \_\_\_\_\_

Adr.: \_\_\_\_\_

Festnetz \_\_\_\_\_

Mobil-Tel. \_\_\_\_\_

**Hausarzt/-ärztin** Name \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Ggf. **Überweiser\*in** Name \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

**Psychotherapeut\*in** Name \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

### Einwilligungserklärung

Bitte auch Seite 1 ausfüllen → → →

NAME, Vorname (Pat.) \_\_\_\_\_

Ich bin damit **einverstanden**, dass meine Daten intern allen Mitarbeitenden der Praxis offengelegt werden, sofern dies im Rahmen meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeitenden zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben. Ich wurde auf den Wartezimmer-Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ hingewiesen.

Ich bin **einverstanden**, dass die Praxis Maydell die mich betreffenden Behandlungsdaten, Befunde und die notwendigen personenbezogenen Daten übermitteln darf:

- an Labor Clotten (Labordiagnostik), Konsiliararzt (z.B. Überweisung), Spezialtherapeuten (z.B. Ergotherapie-Rezept) oder Klinik (bei Einweisung) zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Diagnostik, Behandlung und Versorgung
- ggf. der gesetzlichen Krankenkasse (zum Zwecke der Abrechnung)
- im Falle eines Notfalls den weiterbehandelnden Ärzten (zur Sicherstellung der notwendigen Notfall-Behandlung)

Der/die Empfänger ist/sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Informationen werden ausschließlich dazu verwendet, die notwendigen Maßnahmen zu sichern oder zu ermöglichen.

Ich bin **einverstanden**, dass zum Zwecke der Weiter- und Mitbehandlung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen folgende Daten übermittelt werden dürfen:

#### Arztbrief / Befundinformation an:

Hausarzt	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Überweiser	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Psychotherapeut*in	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
Eltern (bei Pat. ab 16 J.)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein
_____	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

Anmerkung: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in)

\_\_\_\_\_  
NAME / Unterschrift Erziehungsberechtigte

\_\_\_\_\_  
Ggf. NAME / Unterschrift gesetzl. Vertreter