

# Frauenärztinnen Niendorf

## Dr. med. Claudia Grupp und Kolleginnen

### Patienteneinwilligung

Sehr geehrte Patientin

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser) übermitteln zu dürfen und Ihnen weitere Service-Angebote anbieten zu können, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich, \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ ein,

dass meine behandelnde Ärztin für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei mitbehandelnden Ärzten und anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Meine Ärztin darf diese Information nur zum Zwecke der von ihr zu erbringenden Leistungen verwenden.

dass meine behandelnde Ärztin Behandlungsdaten und Befunde an mitbehandelnde Ärzte oder andere Leistungserbringer, bei denen ich in Behandlung bin, weiterleitet.

dass Rezepte, Überweisungen oder Befunde, nach tel. Absprache, an von mir beauftragte Personen weitergegeben werden dürfen

dass Unterlagen per E-Mail/Fax geschickt werden

dass meine Daten für einen Erinnerungsservice per E-Mail verwendet werden dürfen.

Dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

---

Datum,

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter