

# PATIENTENEINWILLIGUNG ZUM DATENAUSTAUSCH MIT LEISTUNGSERBRINGERN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln (z.B. mittels Arztbrief) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Mitbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Anderenfalls müssen wir Sie bitten, die Daten selbst an die Leistungserbringer zu übermitteln oder von diesen einzuholen. Wir weisen Sie darauf hin, dass auf Basis der genannten Dokumente einen Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild zulässt. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich,

Name: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

ein, dass meine personenbezogenen Daten (z. B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die Behandlung bei **Diana Radoykova, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Wilhelmstr.9, 46483 Wesel** zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung, lückenlosen Dokumentation **in dem erforderlichen Umfang** an

☐ die/den weiterbehandelnde(n) Ärztin/Arzt/Psychotherapeut(in) (Name/Anschrift)

\_\_\_\_\_

☐ das Krankenhaus / das MVZ \_\_\_\_\_

☐ das Labor \_\_\_\_\_

☐ \_\_\_\_\_

☐ **weitergegeben** werden dürfen (Dieses kann per Post, per Fax oder per E-Mail erfolgen).

☐ von diesen über meine Behandlung dort **im erforderlichen Umfang eingeholt** werden dürfen.

☐ Eintragungen in der elektronischen Patientenakte vorgenommen werden dürfen (Vorsicht! Der Inhalt ist sensibel).

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt jederzeit formlos widerrufen kann.  
Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

\_\_\_\_\_ den

Ort

Datum

Unterschrift Patient/in