

## Erklärung

### Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung und zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungsbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern darf
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bedarfsweise an mich behandelnde andere Ärzte und Gesundheitsdienstleister übermitteln darf
- die o. g. Praxis alle im Rahmen meiner Kontakte mit der Praxis erhobenen personen- und gesundheitsbezogenen Daten (Krankengeschichte, Untersuchungsbefunde, Arztbriefe etc.) im Rahmen gesetzlicher Datenschutzvorgaben speichern darf
- mich betreffende Gesundheits- und Abrechnungsdaten im Rahmen der gesetzlich definierten Angaben an Krankenversicherungen und Kassenärztliche Vereinigungen weitergegeben werden darf
- Sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass die o. g. Praxis meinem/r Hausarzt/-ärztin die über mich gespeicherten Unterlagen übermitteln darf

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann, wobei mir bewusst ist, dass der Gesetzgeber verpflichtende Aufbewahrungsfristen für Gesundheitsdaten vorschreibt, auf die die Praxis keinen Einfluss hat.

Hannover, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggfs. gesetz. Vertreter)