**Patienteninformation –   
Einwilligungserklärung**

**in die Datenweitergabe und Dateneinholung**

Liebe Patientin, lieber Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns in unserer Praxis besonders wichtig. Wir müssen im Rahmen Ihrer Behandlung aber personenbezogene Daten, wie z. B. Ihr Alter, Ihre Krankenkasse, Ihre Diagnose usw. unter Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen erheben und verarbeiten.

Diese Daten müssen wir ggf. an weitere Ärzte, Krankenhäuser, Labore und andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung übermitteln. Dies kann z. B. durch einen Arztbrief erfolgen. Unter Umständen benötigen wir für Ihre Behandlung aber auch Daten von anderen Ärzten und sonstigen Leistungserbringern.

Um Ihre Daten zu übermitteln oder auch einzuholen zu dürfen, benötigen wir Ihre Einwilligung. Bitte beachten Sie, dass ohne diese Einwilligung eine sinnvolle Behandlung und Information der anderen Ärzte und sonstigen Leistungserbringern in der Regel nicht möglich ist. Selbstverständlich gilt auch bei dieser Übermittlung Ihrer Daten die ärztliche Schweigepflicht.

Wollen Sie uns die Einwilligung nicht erteilen, müssen Sie Ihre Daten selbst an die Leistungserbringer übermitteln oder von diesen einholen.

Daher bitten wir Sie auch in Ihrem eigenen Interesse um folgende Einwilligung, die Sie bitte vor Unterzeichnung sorgfältig lesen:

Hiermit willige ich,

Name …………………………………………………………………………………………….

geboren am …………………………………………………………………………………………….

Adresse …………………………………………………………………………………………….

ein, dass meine personenbezogenen Daten (z. B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die Behandlung bei HNO-Zentrum Heidelberg, Gemeinschaftspraxis Dr. Markus Kolb & Stefan Demers, Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Neckarhäuser Straße 3, 69123 Heidelberg

* zum Zwecke der weiteren Behandlung

in dem erforderlichen Umfang

* weitergegeben werden dürfen.

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.

Heidelberg,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum Unterschrift des Patienten/in,

ggf. des gesetzlichen Vertreters