

Name: _____

**Einverständniserklärung zur Erhebung, Verarbeitung und / oder
Übermittlung meiner Daten in der Praxis von Fr. Dr. med. Oksana Zolotar**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis

- 1.** meine erhobenen Behandlungsdaten / Befunde an meinen Hausarzt übermittelt.
- 2.** für meine Behandlung erforderliche Behandlungsdaten / Befunde bei meinem Hausarzt und/oder von mir konsultierten Fachärzten / Krankenhäusern / Einrichtungen anfordert, verarbeitet und ggf. weiterleitet.
- 3.** die Praxis meine Behandlungsunterlagen, sofern es für meine weitere Behandlung erforderlich ist, an andere Fachärzte / Krankenhäuser zum Zwecke meiner Mit-/Weiterbehandlung weiterleitet.
- 4.** meine Daten an die Apotheke zur Beschaffung / Bestellung von Medikamenten weitergeleitet werden.
- 5. - FALLS ZUTREFFEND -** meine Patientendaten und Befunde vom vorherigen Inhaber der Praxis, Herrn Andreas Schneider, einsehen darf.

Für gesetzlich geregelte Datenweiterleitungen im Rahmen der Abrechnung oder der Meldepflicht nach dem IfSG ist eine Einwilligung von mir **nicht** notwendig.

Es ist mir bekannt, dass ich diese freiwillig abgegebene Erklärung vollständig, oder in einzelnen Punkten, jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

- ☐ **Ich lehne jegliche Übermittlung, Weiterleitung oder Anforderung meiner Behandlungsdaten / Behandlungsunterlagen ab.**

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

Erstellt von: N. Quings	Geändert von: N. Quings	Freigegeben durch: Dr. med. O. Zolotar
Datum: 10/2021	Datum: 04/2024	Datum: 04/2024