

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Name und Geburtsdatum des Patienten: _____

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im VALEARA MVZ Offenburg GmbH meine persönlichen Daten und Befunde erhoben und verarbeitet werden. Das Praxispersonal hat Einsicht in diese Daten. Ich bin darüber unterrichtet, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Schweigepflichtserklärung unterschrieben haben. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte.

2. Alle Ihre Angaben unterliegen der **ärztlichen Schweigepflicht**. Gespräche mit Dritten (z. B. Erzieher/-innen, Lehrer/-innen o. ä.) erfolgen nur, nachdem Sie uns schriftlich von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden haben.

Die Weitergabe der Daten an weitere Praxispartner oder –nachfolger erfolgt mit meinem Einverständnis.

3. Wer ist der Haus- bzw. Kinderarzt: _____

Der Haus- oder Kinderarzt erhält nach Abschluss der diagnostischen Untersuchungen einen Arztbrief. Mit der Übermittlung des Berichtes bin ich einverstanden:

☐ ja ☐ nein

Eine Kopie des Berichtes können Sie für 10,- Euro erhalten. Bitte fragen Sie uns.

4. Ich bin damit einverstanden, dass das VALEARA MVZ Offenburg GmbH über die vorliegenden Kontaktdaten mit mir Verbindung aufnehmen kann, um Termine zu vereinbaren und Informationen auszutauschen.

Am besten bin ich wie folgt erreichbar:

☐ schriftlich ☐ telefonisch ☐ per SMS ☐ per E-Mail

5. Ich stimme zu, dass mich das MVZ per E-Mail kontaktiert.

6. Den (dem) oben genannten Punkt(en) _____ widerspreche ich hiermit.

Datum

Unterschrift

Diese Erklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.