

Patientenname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## Erklärung zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bei den von Ihnen angegebenen Daten handelt es sich um persönliche Daten, deren Erhebung, Nutzung und Verarbeitung nur mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung möglich ist. Wir sichern Ihnen zu, dass Ihre Daten streng vertraulich unter strikter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen behandelt werden. Die Informationen werden nur zur Dokumentation der weiteren Behandlung verwendet.

## Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass

- Befunde, Rezepte, Überweisungen etc. von folgenden Personen abgeholt werden dürfen:
  - Ehepartner, Partner/in (Name, Vorname): \_\_\_\_\_
  - Sonstige Person (Name, Vorname): \_\_\_\_\_
- Befunde folgenden Personen mitgeteilt werden dürfen:
  - Ehepartner, Partner/in (Name, Vorname): \_\_\_\_\_
  - Sonstige Person (Name, Vorname): \_\_\_\_\_
- folgende Ärzte Befunde anfordern dürfen: (Name und Ort des Arztes)
  - \_\_\_\_\_
- Befunde an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden dürfen, sofern es zur Einschätzung meiner Erkrankung oder meines Behandlungsplanes notwendig ist

### Bei Befundanforderungen von anderen Ärzten bitte unbedingt ausfüllen:

Hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_, dass die Praxis für Innere Medizin (Drs. Sternfeld) Befunde bei der Praxis Dr. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ anfordern darf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter)

### Falls Sie ein Glucosemessgerät und/oder eine Insulinpumpe nutzen:

Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass

- mein Glucosemessgerät     meine Insulinpumpe
- in der Praxis mittels Auslesesoftware ausgelesen wird und meine Daten entsprechend in der jeweiligen Auslesesoftware bzw. im Praxis-Computersystem gespeichert werden.

**Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter)

**Bitte beachten Sie: Bei der Übertragung Ihrer Daten im Internet besteht die Möglichkeit, dass diese durch Unbefugte zur Kenntnis genommen oder verändert werden können. Aus diesem Grund können wir keine Befunde per Email versenden.**