

Praxisanschrift:

Augenärzte im Zentrum

Dres. med. F. Sell, C. Bühler, M. Feist-Schwenk, S. Höveler-Freitag, E. Sell, S. Pflüger, U. Veith, P. Thiessen-Veith
Edisonstraße 27, 74076 Heilbronn

Einwilligungserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis **Dres. med. F. Sell, C. Bühler, M. Feist-Schwenk, S. Höveler-Freitag, E. Sell, S. Pflüger, U. Veith, P. Thiessen-Veith** meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere Ärzte oder Leistungserbringer per Arztpraxisinformationssystem, Fax oder Post übermittelt werden dürfen.

Vollmacht für Abholung/ Schweigepflichtsentbindung

Bitte ankreuzen falls gewünscht (optional):

- Ich bin damit einverstanden, dass folgende Angehörige, benötigte Dokumente wie Rezepte Überweisungen, Kontaktlinsen usw. abholen dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass Informationen über meinen Gesundheitszustand an folgende Familienangehörige telefonisch/ schriftlich weitergegeben werden dürfen.

vollständiger Name und Anschrift

Verwandtschaftsverhältnis (z. B. Mutter/ Vater)

vollständiger Name und Anschrift

Verwandtschaftsverhältnis (z. B. Tochter/ Sohn)

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters