

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir sind zu einer lückenlosen Dokumentation Ihrer Behandlung gesetzlich verpflichtet. Die Verarbeitung Ihrer Daten und Datenübermittlungen an Personen und Stellen außerhalb des MVZ erfolgen ebenfalls im Rahmen gesetzlicher Verpflichtungen. Alle übrigen Datenübermittlungen dienen dazu, Sie medizinisch bestmöglich zu versorgen und bedürfen ggf. Ihrer schriftlichen Einwilligung. Um diese bitten wir Sie hiermit und informieren Sie darüber umfassend in der Datenschutzerklärung des MVZ.

Daten Patient/ Patientin:

Name: _____ Vorname: _____ Patienten-ID: _____

| Nr. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns zu folgenden Punkten Ihr Einverständnis: | |
|--|--|
| 1. | Ich bin mit der Erstellung von Bildern zu Behandlungszwecken (sofern notwendig) einverstanden. |
| 2. | Ich gestatte die Weiterleitung meiner Daten an einen externen Dienstleister zu Abrechnungs- und/oder Abtretungszwecken |

| Nr. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns zu den angekreuzten Punkten Ihr Einverständnis | JA | NEIN |
|--|----|------|
| ⇒ Ich erteile hiermit meine Einwilligung zu ALLEN vorgenannten Punkten 3. – 7. | | |
| 3. Ich gestatte die Behandlungsdatenübermittlung an bekanntgegebenen Hausarzt/Überweiser | | |
| 4. Ich gestatte die Einsichtnahme in Behandlungsdaten bei bekanntgegebenem Hausarzt/Überweiser | | |
| 5. Ich gestatte Auskünfte über Befunde und Behandlungen an die benannten Vertrauenspersonen | | |
| 6. Ich gestatte die Nutzung meiner privaten eMail-Adresse | | |
| 7. Ich erteile die Erlaubnis zur Weiterleitung von Rezepten an die von mir benannte Apotheke | | |

Wir weisen darauf hin, dass wir unseren Behandlungsauftrag Ihnen gegenüber nur erfüllen können, wenn Sie hiermit Ihr Einverständnis geben.

Ich/Wir erkläre/n mich/uns hiermit widerruflich¹⁾ nach Maßgabe der vorstehenden Erklärungen mit den Bedingungen der Datenschutzerklärung (Version 1.1 mit Stand 1. Juli 2018) des Gesundheitsparks Südniedersachsens einverstanden.

Göttingen, den _____

Unterschrift Patient/in

Name, Vorname, Anschrift und Unterschrift 1. gesetzlicher Vertreter²⁾

Name, Vorname, Anschrift und Unterschrift 2. gesetzlicher Vertreter²⁾

Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern (unter 16 Jahren) ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

1) Widerrufserklärungen bitte schriftlich an:
Gesundheitspark Südniedersachsen GmbH · Geschäftsführung · An der Lutter 24 · 37075 Göttingen
2) Gesetzliche Vertreter handeln als Vertreter mit Vertretungsvollmacht i.S. d. § 164 BGB