

# Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung und Entbindung von der Schweigepflicht



Patient/in – Name, Vorname: .....

Geburtstag: .....

Ich bin darüber informiert worden, dass meine personenbezogenen Daten zum Zwecke meiner (Nach-) Behandlung und/oder Kostenabrechnung verarbeitet, gespeichert und genutzt werden und im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. Leistungsträger, weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte, andere Einrichtungen der Gesundheitsversorgung) übermittelt werden können.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen medizinischen Daten an meinen Hausarzt/ weiterbehandelnden Arzt zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt werden können.

ja

nein

Ferner willige ich ein,

dass bei meinem Hausarzt/ weiterbehandelnden Arzt/ im KKH Freiberg bereits vorliegende Behandlungsdaten/ Befunde, soweit diese für meine Weiterbehandlung erforderlich sind, durch den weiterbehandelnden Arzt der MVZ Freiberg GmbH angefordert werden können.

Diese Einwilligungen können jederzeit gegenüber der MVZ Freiberg GmbH widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen den genannten Ärzten und medizinischen Einrichtungen mehr statt.

Freiberg, .....

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient oder Vertreter/ Berechtigter