

**Katharina Amelung**

**Hinrike Bovenkamp**

**Jana Pannenbäcker**

Fachärztinnen für Allgemeinmedizin

**Cornelius Amelung**

Facharzt für Innere Medizin-hausärztliche Versorgung

Hauptstr.38

45549 Sprockhövel

Tel.: 02324/7 42 48 Fax:02324/7 44 87

### **Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. Art.13 DSGVO**

Hiermit erkläre ich meine ausdrückliche Einwilligung zur Erhebung und Übermittlung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten, einschließlich sensibler Gesundheitsdaten, gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und geltender nationaler Datenschutzgesetze.

1. Ich verstehe und willige ein, dass meine Gesundheitsdaten von medizinischen Einrichtungen, Ärzten, Gesundheitsdienstleistern oder anderen befugten Stellen, im Folgenden "die Behandlungsstätten", für die folgenden Zwecke erhoben und übermittelt werden:

- Diagnose und Behandlung meiner Gesundheitszustände.
- Verwaltung und Koordination meiner medizinischen Versorgung.
- Erstellung von medizinischen Berichten und Unterlagen.

2. Diese Einwilligung erstreckt sich auf alle Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner medizinischen Behandlung stehen, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Krankenakten, Untersuchungsergebnisse, Berichte, Röntgenbilder und andere medizinische Aufzeichnungen.

3. Diese Einwilligung ist gültig und bleibt in Kraft, bis sie von mir schriftlich widerrufen wird.

4. Ich habe das Recht, diese Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung meiner Daten bis zum Zeitpunkt des Widerrufs.

5. Die erhobenen und übermittelten Daten können an andere medizinische Fachkräfte und Behandlungsstätten übermittelt werden, sofern dies zur Erfüllung der oben genannten Zwecke erforderlich ist.

6. Ich ermächtige die folgenden Personen, meine Gesundheitsdaten nach Feststellung ihrer Identität zu übermitteln und einzusehen:

1. Name: \_\_\_\_\_

2. Name: \_\_\_\_\_

3. Name: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich gemäß der DSGVO bestimmte Datenschutzrechte habe, darunter das Recht auf Zugang, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung meiner Daten. Ich kann diese Rechte ausüben, indem ich mich an die verantwortliche Stelle wende.

Ich bestätige, dass mir die Zwecke der Datenverarbeitung und meine Rechte im Zusammenhang mit meinen Gesundheitsdaten bekannt sind.

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

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (in Druckbuchstaben):

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten: