

# GEMEINSCHAFTSPRAXIS BORGFELD

Dres. Plümpe, Blanke, Edzards, Jama, Blumenthal

## Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung und Schweigepflichtsentbindung

### 1. Patientendaten (Personalien)

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| Name,<br>Vorname: | Geburtsdatum:  |
| Straße, Nr.:      | Telefonnummer: |
| PLZ, Ort:         |                |

### 2. Einwilligung zur Datenweitergabe

Ich willige ein, dass die Gemeinschaftspraxis Borgfeld meine medizinischen und personenbezogenen Daten an folgende Stellen übermitteln darf, sofern dies für meine Versorgung oder Abrechnung erforderlich ist:

- ☐ **Mitbehandelnde Ärzte / Therapeuten:** Zur Sicherung der therapeutischen Kontinuität und Mitbehandlung.
- ☐ **Ärztliche Verrechnungsstelle (PVS):** Zum Zweck der ordnungsgemäßen Abrechnung privatärztlicher Leistungen.
- ☐ **Leistungsträger / Krankenkassen:** Soweit gesetzliche Übermittlungspflichten bestehen oder dies zur Klärung von Kostenübernahmen nötig ist.

### 3. Auskunfts- und Abholberechtigte Personen (Vollmacht & Schweigepflichtsentbindung)

Ich entbinde die Ärzte und das Praxispersonal von der Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen. Diese Personen werden wie folgt bevollmächtigt:

| Name, Vorname der Vertrauensperson | Telefonnummer | Auskunftsberechtigt<br>(med. Infos / Befunde) | Abholberechtigt<br>(Rezepte / AU /<br>Dokumente) |
|------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1.                                 |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                         |
| 2.                                 |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                         |
| 3.                                 |               | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                         |

### 4. Gesetzliche Hinweise & Widerrufsrecht

**Freiwilligkeit:** Die Erteilung dieser Einwilligung ist absolut freiwillig. Die Verweigerung der Einwilligung hat keine Auswirkungen auf Ihre unmittelbare medizinische Grundversorgung in unserer Praxis.

**Widerrufsrecht:** Ich kann diese Einwilligungserklärung sowie die Vollmachten für einzelne Personen jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft formlos (z. B. mündlich oder schriftlich in der Praxis) widerrufen. Nach Erhalt des Widerrufs werden die entsprechenden Datenweitergaben unverzüglich eingestellt. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt unberührt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten (ggf. gesetzlicher Vertreter)