



Hausärzte am Klosterhof

Praxis E. Waldner/Dr. med. M. Ruoff

Fachärzte für Allgemeinmedizin • Sportmedizin
Akupunktur • Manuelle Therapie

Bitte gut leserlich ausfüllen!

Hausärzte am Klosterhof • Gemeindeplatz 2 • 89077 Ulm

Vorname:

Nachname:

Straße / Nr.:

PLZ / Wohnort:

Gemeindeplatz 2
89077 Ulm-Söflingen
Tel 0731-383044
Fax. 0731 -3870484
info@hausaeerzte-klosterhof.de

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Name, Vorname

Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass in der o.g. Hausarztpraxis am Gemeindeplatz 2, 89077 Ulm, meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Informationen zum Datenschutz sind auf der Homepage der Praxis (www.hausaerzte-klosterhof.de) einzusehen, zu welchen 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.

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. Der Widerruf ist schriftlich (per Post oder Email) zu richten an: Hausärzte am Klosterhof, Gemeindeplatz 2, 89077 Ulm. Email: info@hausaeerzte-klosterhof.de

Optional: (bitte ankreuzen wenn gewünscht)

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, z.B. Terminerinnerungen für GU, DMP oder Impfungen, zu. Insbesondere bin ich durch eine Kontaktaufnahme per **Email** oder **Telefon** über den aktuellen Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Meine aktuelle Email-Adresse lautet:

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters