

	<b>Qualitätsmanagement</b> FB Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten	Dr. Otter   Dr. Hoch   Dr. Ulsenheimer   Dr. Hädeler Rathausplatz 2, 85716 Unterschleißheim Telefon: 089-321 001 0
---	--	--

Patientenetikett:

## Einverständniserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. Art. 13 DSGVO (Datenschutzverordnung)

Im Rahmen meiner medizinischen Behandlung bin ich damit einverstanden, dass

- ich per SMS eine Terminerinnerung, Information zur Terminverschiebung oder mit der Bitte eines Rückrufs erhalte. Die SMS wird über das Arztprogramm TBS isynet übermittelt.  
**Handynummer:** \_\_\_\_\_
- meine Behandlungsdaten und Befunde schriftlich/ elektronisch gespeichert werden
- meine Behandlungsdaten und Befunde an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten und Befunde von anderen Ärzten eingeholt werden dürfen
- meine Laborproben an ein mit der Praxis zusammenarbeitendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zwecke der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen
- im Rahmen meiner medizinischen Behandlungen meine Rezepte an die versorgende Apotheke/ Sanitätshaus übermittelt werden dürfen und Behandlungsdaten übermittelt bzw. eingeholt werden
- (sofern erforderlich) meine Behandlungsdaten an Pflegeeinrichtungen oder Pflegedienste übermittelt bzw. von diesen eingeholt werden dürfen

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung über die zu meiner Person gespeicherten Daten. Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen (z.B. 10-jährige Aufbewahrungspflicht nach Ende der Behandlung) dagegenstehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

**Folgende Angehörige/ Personen dürfen, nach Feststellung ihrer Identität, mündliche und schriftliche Informationen über meine Behandlung erhalten, Berichte, Formulare und Rezepte entgegennehmen:**

Namen eintragen:

---



---



---

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. des gesetzl. Vertreters

Erstellt von: Lekies	Freigegeben von: ma	Geprüft von: Lekies
Erstellt am: 24.07.2018	Freigegeben am: 23.04.2025	Geprüft am: 03.03.2025
Version: 11	Seite 1 von 1	Letzte Änderung am: 23.04.2025