

Einverständniserklärung zur Verarbeitung von  
Patientendaten  
bei ambulanter Behandlung im  
MVZ Maxineum gGmbH (MVZ)

DSB  
Version 1.5  
01.07.2022

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir sind zu einer lückenlosen Dokumentation Ihrer Behandlung gesetzlich verpflichtet. Die Verarbeitung Ihrer Daten und Datenübermittlungen an Personen und Stellen außerhalb des MVZ erfolgen ebenfalls im Rahmen gesetzlicher Verpflichtungen. Alle übrigen Datenübermittlungen dienen dazu, Sie medizinisch bestmöglich zu versorgen und bedürfen ggf. Ihrer schriftlichen Einwilligung. Um diese bitten wir Sie hiermit und informieren Sie darüber umfassend in der Datenschutzerklärung des MVZ.

Pat. Name:

<b>Nr. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns zu folgenden Punkten Ihr Einverständnis:</b>			
1.	Ich bin mit der Erstellung von Bild- und Videoaufnahmen zu internen, organisatorischen und Behandlungszwecken (sofern notwendig) einverstanden.		
2.	Ich gestatte die Weiterleitung meiner Daten an einen externen Dienstleister zu Abrechnungs- und/oder Abtretungszwecken.		
3.	Ich gestatte die Weiterleitung dieses Formulars an die Empfänger, die einen Beleg für die Entbindung von der Schweigepflicht vorlegen.		
4.	Ich bin mit dem persönlichen und automatisierten Aufruf meines Namens zu organisatorischen Zwecken einverstanden.		
<b>Nr. Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns zu allen nachfolgenden Punkten (5.-11.) Ihr Einverständnis (Punkt 5-8 bitte zusätzlich noch ausfüllen). Sollten Sie einzelne Punkte ablehnen, markieren Sie diese bitte mit NEIN.</b>		<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
5.	Ich gestatte die Behandlungsdatenübermittlung an bekanntgegebenen Hausarzt/ Überweiser:  _____		
6.	Ich gestatte die Einsichtnahme in Behandlungsdaten bei bekanntgegebenem Hausarzt/ Überweiser gemäß Aufstellung Punkt 4 sowie...  _____		
7.	Ich gestatte Auskünfte über Befunde und Behandlungen an die benannten Vertrauenspersonen  _____		
8.	Ich gestatte die Nutzung meiner privaten E-Mailadresse. Diese lautet  _____		
9.	Ich entbinde die Mitarbeitenden des MVZ von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern (u.a. Apotheke, Sanitätshaus, Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten).		
10.	Ich gestatte dem MVZ auf meiner Gesundheitskarte den sogenannten Notfalldatensatz (NFD) anzulegen.		
11.	Ich gestatte dem MVZ auf meiner Gesundheitskarte den sogenannten Datensatz Persönliche Erklärungen (DPE) anzulegen.		

Wir weisen darauf hin, dass wir unseren Behandlungsauftrag Ihnen gegenüber nur erfüllen können, wenn Sie hiermit Ihr Einverständnis geben. Ich/Wir erkläre/n mich/uns hiermit widerruflich<sup>1)</sup> nach Maßgabe der vorstehenden Erklärungen mit den Bedingungen der Datenschutzerklärung (Version 1.5 mit Stand 1. Juli 2022) des MVZ einverstanden. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Datum

Unterschrift Patient/in

Name, Vorname, Anschrift und Unterschrift 1. gesetzlicher Vertreter<sup>2)</sup>

Name, Vorname, Anschrift und Unterschrift 2. gesetzlicher Vertreter<sup>2)</sup>

**Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern (unter 16 Jahren) ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.**

1) Widerrufserklärungen bitte schriftlich an: MVZ Maxineum gGmbH · Geschäftsführung · Waldweg 5 · 37075 Göttingen  
2) Gesetzliche Vertreter handeln als Vertreter mit Vertretungsvollmacht i.S. d. § 164 BGB