

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.

Daten Patient/ Patientin:

| |
|------------|
| Pat. Name: |
|------------|

| Nr. | Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns zu folgenden Punkten Ihr Einverständnis: |
|-----|---|
| 1. | Ich bin mit der Erstellung von Bildern zu 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 benötigen. |

| Nr. | Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns zu den angekreuzten Punkten Ihr Einverständnis | JA | NEIN |
|-----|---|----|------|
| | ⇒ Ich erteile hiermit meine Einwilligung zu ALLEN vorgenannten Punkten 3. – 8 (Punkt 4-7 bitte zusätzlich noch ausfüllen). | | |
| 4. | Ich gestatte die Behandlungsdatenübermittlung an bekanntgegebene Hausärzte/ Vor- und Nachbehandler: _____ | | |
| 5. | Ich gestatte die Einsichtnahme in Behandlungsdaten bei bekanntgegebenem Hausärzten/ Vor- und Nachbehandler gemäß Aufstellung Punkt 4 ³⁾ sowie ...: _____ | | |
| 6. | Ich gestatte Auskünfte über Befunde und Behandlungen an die benannten Vertrauenspersonen: _____ | | |
| 7. | Ich gestatte die Nutzung meiner privaten eMail-Adresse (keine Werbung) _____ | | |
| 8. | Ich entbinde die Mitarbeitenden des MVZ von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern (Apotheke, Sanitätshaus, Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten). | | |

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 widerruflich¹⁾ nach Maßgabe der vorstehenden Erklärungen mit den Bedingungen der Datenschutzerklärung (Version 1.2 mit Stand 1. September 2019) des MVZ einverstanden. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Datum Unterschrift Patient/in

Name, Vorname, Anschrift und Unterschrift 1. gesetzlicher Vertreter²⁾

Name, Vorname, Anschrift und Unterschrift 2. gesetzlicher Vertreter²⁾

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, Waldweg 5, 37073 Göttingen
2) Gesetzliche Vertreter handeln als Vertreter mit Vertretungsvollmacht i.S. d. § 164 BGB
3) Nichtzutreffendes separat aufführen