

Patientenetikett

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name

Erkläre mich einverstanden, dass in den Ambulanzen im Karl-Olga-Krankenhaus meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich habe das Informationsblatt zum Datenschutz zur Kenntnis genommen, welches in der Ambulanz einsehbar ist und zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlage der Verarbeitung
- über die Möglichkeit, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die bis 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.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters