

**Dres. Ulrich Feder und Elke Lehnen**  
**Hermann-Josef-Gormanns-Str. 21**  
**41812 Erkelenz**

## **PATIENTENEINWILLIGUNG BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Hausärztliche Versorgungsgemeinschaft HÄVG) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

### **EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE**

Hiermit willige ich,

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei Dres. Ulrich Feder und Elke Lehnen, Hermann-Josef-Gormanns-Str. 21, 41812 Erkelenz an

den weiterbehandelnden Arzt \_\_\_\_\_  
(Name)

das Krankenhaus Hermann-Josef-Krankenhaus Erkelenz, Tenholter Str.43

das Labor Schottdorf MVZ, August-Wessels-Str.5,86154 Augsburg, MVZ Bochum, Universitätsstr. 140, 44799 Bochum und kooperierende Labore und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung

\_\_\_\_\_  
zur Identifizierung interne Patientennummer geben!  
(Name zum Beispiel Angehöriger, Ehepartner,)

weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung, Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegen stehen.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Erkelenz, den 02.06.18 \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift

Hiermit willige ich ein, dass ich Erinnerungsschreiben für notwendige oder sinnvolle Praxisbesuche per Post, Telefon oder Email oder Glückwünsche bei runden Geburtstagen erhalte.

Erkelenz, den 02.06.18 \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift