

	Qualitätsmanagement	
QM-FB_MVZ-Einwilligung-Übermittl-Vor-Weiter-Behandl	Formblatt	Freigabedatum: 27.02.2023
Version 01	Einverständniserklärung Datenübermittlung	Seite 1 von 1

Verwendbar sowohl für gesetzlich als auch privat krankenversicherte Patienten

[MVZ Gefäßchirurgie und Labormedizin am Kreiskrankenhaus Bergstraße (MVZ Heppenheim) | Viernheimerstr. 2a | 64646 Heppenheim]

**Datenübermittlung zwischen dem Krankenhaus und sonstigen Vor- / Weiterbehandlern
Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 a), Art. 9 Abs. 2 a) DS-GVO**

Ich, _____ [Vorname, Name des Patienten],
geboren am: _____ [Geburtsdatum],
wohnhaft in: _____ [Anschrift]

- bin damit einverstanden, dass das MVZ Heppenheim die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen
- Vorbehandler**
 - Weiterbehandler**
 - [sonstigen Behandler *]**

zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

- Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ Heppenheim die bei meinem
- Vorbehandler**
 - [sonstigen Behandler *]**

vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für die Durchführung meiner Untersuchungen durch das MVZ Heppenheim erforderlich sind, anfordern kann. Das MVZ Heppenheim wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Mein **Vorbehandler** ist: _____
(Name und Anschrift)

Mein **Weiterbehandler** ist: _____
(Name und Anschrift)

Mein **[sonstiger Behandler]** ist: _____
(Name und Anschrift)

Ihre Einwilligung ist freiwillig.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. Behandlern und dem MVZ Heppenheim statt. Diese Widerrufserklärung ist an das MVZ Heppenheim zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten)

* *Sehr geehrter Patient, sollten Sie gesetzlich krankenversichert sein, kann in diese Zeilen jeglicher / sonstiger Arzt eingetragen werden, außer Ihrem Hausarzt. Für den Hausarzt gibt es ein gesondertes Formular. Sollten Sie privat krankenversichert sein, können Sie hier sämtliche Ärzte einschließlich Ihres Hausarztes eintragen.*