

Liebe Patientinnen, liebe Patienten,

um Ihnen einen reibungslosen Ablauf Ihrer Betreuung in unserer Praxis zu gewährleisten, bitten wir Sie um einige Angaben. Vielen Dank für Ihre Hilfe!

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.:** \_\_\_\_\_

<b>Telefon privat:</b>	<b>Handy:</b>	<b>Hausarzt:</b>
<b>E-Mail Adresse:</b>	Ggf. Telefon Angehörige:	Andere Ärzte/Krankenhäuser:
		<b>O Ja            O Nein</b>

Um Sie behandeln zu können, müssen wir unter Zuhilfenahme dieser Daten eine Patientenakte anlegen. Wir geben Ihre persönlichen Daten nur an Dritte weiter, wenn (a) Sie hierzu Ihre ausdrückliche Einwilligung dazu erteilt haben (b) die Weitergabe zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist, (c) für den Fall, dass gesetzliche Verpflichtung bzw. Offenbarungsbefugnis besteht, oder dies (d) anderweitig gesetzlich zulässig und für die Erbringung unserer vertraglich geschuldeten Leistungen erforderlich ist.

Nach vollständiger Abwicklung des Behandlungsvertrages werden Ihre Daten nur solange gespeichert, wie es aufgrund gesetzlicher Vorschriften notwendig ist. Jederzeit können sie sich unter <https://www.internistischeszentrum-muenchen.de/datenschutz/> genauer zu den von uns vorgenommenen Datenverarbeitungsvorgängen und zu Ihren Rechten zum Datenschutz informieren.

**Einwilligung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten (gemäß Art. 7, Art 9 DSGVO, § 73 Abs. 1 b SGB V)**

**O Ja**, ich erkläre mich einverstanden, dass meine behandelnde Praxis jegliche mich betreffenden Berichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder und Laborwerte

- bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung und Erbringung der erforderlichen ärztlichen Leistungen anfordern (auch telefonisch), nutzen und weiterverarbeiten darf
- an meinen obenstehend bezeichneten Hausarzt sowie andere Ärzte und Leistungserbringer zum Zwecke der Behandlung und der von den jeweiligen Stellen zu führenden Dokumentationen weitergeben (einschließlich Übermittlung per Telefon oder Fax) darf.

**Einwilligung zur Übermittlung von Patientendaten an Angehörige (Art. 7, Art. 9 DSGVO)**

**O Ja**, ich erkläre mich einverstanden, dass meine behandelnde Praxis jegliche mich betreffenden Berichte, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder auf Anforderung (einschließlich telefonischer Anfrage) an **die untenstehend bezeichneten Angehörigen** weitergeben darf (einschließlich Übermittlung per Fax). Insofern entbinde ich meine behandelnde Praxis um eine Weitergabe meiner Behandlungsdaten und Befunde an meine Angehörigen, insbesondere unter Nutzung der vorstehenden Medien zu ermöglichen, von der ärztlichen Schweigepflicht.

**Name Angehörige (bitte namentlich nennen):** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Einwilligung Terminerinnerungen und Recalls per SMS und/oder E-Mail über Doctolib:**

**O Ja**, ich möchte Terminerinnerungen mittels des Terminmanagementsystems des Anbieters Doctolib per SMS oder E-Mail erhalten.

**O Ja**, ich möchte mittels unseres Terminmanagementsystems Erinnerungen für Endoskopie-Kontrolluntersuchungen erhalten.

*Jeder der vorstehenden Einwilligungen ist freiwillig. Es ist mir bekannt, dass ich die vorstehenden Erklärungen jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Das Behandlungsverhältnis bleibt ansonsten unberührt. Ausführliche Informationen zum Datenschutz in unserer Praxis, Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten und Ihren Rechten können Sie unserer Patienteninformation zum Datenschutz entnehmen, die in unserer Praxis einsehbar ist bzw. auf Verlangen in Abschrift ausgehändigt wird, oder unter <https://www.internistischeszentrum-muenchen.de/datenschutz/> abrufbar ist.*

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter \_\_\_\_\_