

Einwilligung in Datenübermittlungen zwischen dem Medizinisches Versorgungszentrum und Hausärzten / sonstigen Vor- / Nach- / Weiterbehandlern / Dritten

Gesundheitszentrum Recura GmbH, Neucoswiger Str. 21, 01640 Coswig

(Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a DS-GVO)

Vorname und Name des Patienten (bitte in Druckbuchstaben):

geboren am: _____

wohnhaft in: _____

1. Datenübermittlungen an Hausärzte / sonstige Ärzte / Behandler:

Ich bin damit einverstanden, dass das Medizinische Versorgungszentrum die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt / sonstige Vor-/ Nach-/ Weiterbehandler zum Zwecke der Dokumentation und/oder Weiterbehandlung übermittelt. Dabei dient insbesondere die Übermittlung an den **Hausarzt** der Erstellung und Vervollständigung einer durchzuführenden zentralen Dokumentation sowie ggf. zur weiteren Behandlung. Meine Einwilligung gilt unabhängig der Versandart sowie ob meine Weiterbehandlung direkt im Anschluss von meinem Hausarzt / sonstigen Arzt/ Behandler übernommen wird.

Es können mehrere Ärzte angegeben werden.

(Name und Anschrift des Arztes)

(Name und Anschrift des Arztes)

(Name und Anschrift des Arztes)

2. Anforderung von Daten von Hausärzten / sonstigen Ärzten / Behandlern:

Ich bin damit einverstanden, dass das Medizinische Versorgungszentrum die bei meinem Hausarzt bzw. sonstigen Vorbehandlern/Behandlern vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Das Medizinische Versorgungszentrum wird die Daten jeweils nur zu den Zwecken verarbeiten, zu denen sie übermittelt worden sind.

Es können mehrere Ärzte angegeben werden:

(Name und Anschrift des Arztes)

(Name und Anschrift des Arztes)

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Wenn Sie keine Einwilligung erteilen, kann dies möglicherweise zu Nachteilen bei der aktuellen oder einer künftigen Behandlung führen, wenn behandlungsrelevante Daten nicht vorliegen.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. Behandlern/sonstigen Dritten statt. Diese Widerrufserklärung ist an das Medizinische Versorgungszentrum zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser zugeht. Er hat keine Rückwirkung, die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Ort, Datum

X

Name, Vorname des Patienten in Druckbuchstaben

Unterschrift des Patienten

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

Name, Vorname des Vertreters in Druckbuchstaben

Unterschrift des Vertreters

Anschrift des Vertreters

Art der Vertretung (gesetzliche Vertretung/Betreuung/Vollmacht/...)