

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

(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.

Ja

Nein

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.

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Wenn Sie keine Einwilligung erteilen, kann dies möglicherweise zu Nachteilen

Gesundheitszentrum Recura GmbH, Neucoswiger Str. 21, 01640 Coswig

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.

Ja

Nein

Ort, Datum

Name, Vorname des Patienten in Druckbuchstaben
Unterschrift des Patienten

Falls vorhanden:

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer z.B. Eltern

Name, Vorname des Vertreters in Druckbuchstaben
Unterschrift des Vertreters

Anschrift des Vertreters

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

