

# Pulmologische Praxis am Hassel

Dr. Susanne Riese, Boelsche Straße 1a, 39104 Magdeburg, Tel. 0391/5410465

## Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. Artikel 13 der Datenschutz Grundverordnung DSGVO

Patient: .....

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner ärztlichen Behandlung meine Behandlungsdaten (Befunde, Auswertungen etc.) an mitbehandelnde Ärzte/Labore/Einrichtungen (Hausarzt, Facharzt, Kliniken, Reha-Einrichtungen etc.) bzw. Behandlungsdaten von anderen übermittelt werden. Es können Ärzte/Labore/Institutionen hinzugezogen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben zum Zweck der Untersuchung und Befundung an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und spezialisierte Labore komplementärer Disziplinen weitergeleitet werden.

Ich habe jederzeit das Recht auf umfassende Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten personenbezogenen Daten.

Ich kann jederzeit von meinem Arzt und seinen Kooperationspartnern (Ärzte, Labore etc.) die Freigabe, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten verlangen, sofern dem nicht andere gesetzliche Regelungen entgegenstehen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Folgende Angehörige/Personen können nach Feststellung der Identität Behandlungsdaten erhalten.  
Name/Adresse/Telefonnummer:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter