



## Einwilligungserklärung(en) des Patienten

Auf den folgenden Seiten haben Sie die Möglichkeit, uns Einwilligungen in bestimmte Formen der Datenverarbeitung zu erteilen. Sämtliche Einwilligungen enthalten eine Erläuterung des Zwecks der beabsichtigten Datenverarbeitung und eine genaue Beschreibung der Einwilligung, welche Sie uns damit erteilen würden. Geben Sie uns keine Einwilligung, dürfen wir Ihre Daten zu dem benannten Zweck nicht verarbeiten und werden uns natürlich daran halten. Bitte kreuzen Sie daher jeweils an, ob Sie uns die betreffende Einwilligung erteilen möchten oder nicht.

Hiermit erteile ich, (bitte ausfüllen)

Name, Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

ggf. gesetzlicher Vertreter (bei Patienten unter 16 Jahren) \_\_\_\_\_

den in der Physiotherapie Maik Beckmeier, Echternstr. 126, 32657 Lemgo mich behandelnden und verwaltenden Beschäftigten die im Folgenden von mir ausgewählte(n) Einwilligung(en). Die Einwilligung(en) erteile ich rein freiwillig. Ich hatte zudem Gelegenheit, Fragen zu stellen. Diese wurden vollständig beantwortet.

### zur Übermittlung von Patientendaten an den Hausarzt oder überweisenden Arzt

Erläuterung: Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, Ihrem Hausarzt, sowie (falls abweichend) dem Arzt, welcher Sie an uns überwiesen hat, Sie betreffende Informationen aus unserer Behandlung zum Zwecke der dortigen Führung der Dokumentation und Ihrer Weiterbehandlung, zu übermitteln. Manchmal ist es auch nötig, fehlerhafte Rezepte zur Korrektur an den Arzt zurückzugeben. Solche Übermittlungen können zum einen dadurch erfolgen, dass wir Ihnen die entsprechenden Unterlagen persönlich mitgeben und Sie sie zu Ihrem Arzt bringen. Mit der nachfolgenden Einwilligung können Sie uns jedoch erlauben, die Daten direkt an Ihren Arzt zu übermitteln. Dies erspart Ihnen den Aufwand des Transportes.

**Einwilligung:** Ich stimme zu, dass die Praxis personenbezogene Daten aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Anamnese, die Diagnose, Befunde, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang von Behandlungsleistungen, einschließlich der Anwendung von Medikamenten oder ggf. erstellten Fotos/Videos) an meinen Hausarzt / den mich überweisenden Arzt, welchen ich im Patientenfragebogen angegeben habe, zum Zwecke der dortigen Dokumentation und meiner (Weiter-)Behandlung übermitteln darf. Ich entbinde die Praxis für derartige Datenübermittlungen von ihrer Schweigepflicht.

- Ich möchte vorstehende Einwilligung erteilen.
- Ich möchte vorstehende Einwilligung NICHT erteilen. (oder durchkreuzen Sie den gesamten Abschnitt)

## Einwilligung zur Ansprache mit dem Namen

Erläuterung: Um Sie aus unserem Wartebereich aufrufen zu können oder zur sonstigen Kommunikation mit Ihnen in unseren Räumen, würden wir Sie gern mit Ihrem Namen ansprechen. Wir sehen dies als einen Akt der Höflichkeit. Dennoch weisen wir Sie darauf hin, dass durch die namentliche Ansprache gegebenenfalls sich in der Nähe befindende andere Besucher unserer Praxis Ihren Namen ebenfalls hören könnten.

**Einwilligung:** Hiermit stimme ich zu, dass die Praxis mich mit meinem Namen ansprechen darf, insbesondere, mich aus dem Wartebereich namentlich aufrufen darf.

- Ich möchte vorstehende Einwilligung erteilen.
- Ich möchte vorstehende Einwilligung NICHT erteilen. (oder durchkreuzen Sie den gesamten Abschnitt)

## zur Erhebung von Patientendaten bei Ärzten oder anderen Gesundheitsberufen

Erläuterung: Für Ihre fachgerechte Behandlung kann es erforderlich sein, dass wir in geeignetem Maße Sie betreffende Behandlungsdaten, wie Anamnesen, Diagnosen, Befunde, Therapien, etc., welche von anderen Leistungserbringern, wie Ärzten oder anderen Gesundheitsberufen erstellt worden sind, bei diesen abfragen müssen. Mit der nachfolgenden Einwilligung können Sie uns erlauben, die Daten direkt bei den Leistungserbringern abzufragen. Erteilen Sie uns diese Einwilligung nicht, müssten Sie uns die benötigten Unterlagen jeweils persönlich bringen.

**Einwilligung:** Hiermit stimme ich zu, dass die Praxis bei anderen Leistungserbringern, die mich behandeln oder behandelt haben, mich betreffende Behandlungsdaten, zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung, erheben darf.

- Ich möchte vorstehende Einwilligung erteilen.
- Ich möchte vorstehende Einwilligung NICHT erteilen. (oder durchkreuzen Sie den gesamten Abschnitt)

## Einwilligung zur Datenübermittlung an eine Abrechnungsstelle

Zur Entlastung unserer Verwaltung würden wir die Abrechnung der für Sie erbrachten Behandlungsleistungen gern durch eine externe Abrechnungsstelle vornehmen lassen. Dies lässt uns mehr Zeit und Kapazitäten, um uns voll auf Ihre gesundheitlichen Belange zu konzentrieren. Die Abrechnungsstelle erhält dabei Sie betreffende, personenbezogene Daten durch uns. Es handelt sich dabei um Stammdaten, wie Ihren Namen, Anschrift, Geburtsdatum, um Daten aus Ihrer Behandlung bzw. Versorgung, sowie ggf. um Daten zum Kostenträger, Rezeptdaten, Bank- und Abrechnungsdaten.

Als Abrechnungsstelle verwenden wir das folgende Unternehmen:

azh Abrechnungs- und IT-Dienstleistungszentrum für Heilberufe GmbH  
Einsteinring 41-43  
85009 Aschheim bei München

**Einwilligung:** Hiermit stimme ich zu, dass die Praxis die vorstehend beschriebenen, mich betreffenden Daten, welche für die Abrechnung der für mich erbrachten Leistungen notwendig sind, an die vorgenannte Abrechnungsstelle zum Zwecke der Rechnungslegung übermitteln darf. Ich entbinde die Praxis für derartige Datenübermittlungen ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.

- Ich möchte vorstehende Einwilligung erteilen.
- Ich möchte vorstehende Einwilligung NICHT erteilen. (oder durchkreuzen Sie den gesamten Abschnitt)

### Einwilligung zur Datenübermittlung an Dritte Personen, wie z.B. Angehörige

Erläuterung: Möchten Sie, dass eine Ihnen nahestehende Person, wie z.B. ein Familienangehöriger oder eine sonstige Vertrauensperson, Informationen über Ihre Behandlung in unserer Praxis erhalten kann, so müssen Sie uns hierzu Ihre Einwilligung erteilen.

**Einwilligung:** Hiermit stimme ich zu, dass die Praxis personenbezogene Daten aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Anamnese, die Diagnose, Befunde, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang von Behandlungsleistungen, einschließlich der Anwendung von Medikamenten oder ggf. erstellten Fotos/Videos, Röntgenaufnahmen) der/den nachfolgend genannten Personen offenlegen darf.

- Ich entbinde die Praxis für derartige Offenlegungen ausdrücklich von ihrer Schweigepflicht.
- Ich möchte vorstehende Einwilligung erteilen.
- Ich möchte vorstehende Einwilligung NICHT erteilen. (oder durchkreuzen Sie den gesamten Abschnitt)

### Einwilligung zur Korrespondenz mit Ihnen per E-Mail

Erläuterung: Mittlerweile ist es für viele Menschen üblich geworden, Korrespondenz per E-Mail zu führen. Prinzipiell können wir mit Ihnen per E-Mail kommunizieren, wenn Sie dies wünschen. Aus Gründen des Datenschutzes müssen wir Sie jedoch darauf hinweisen, dass E-Mail-Verkehr kein sicherer Übertragungsweg ist. Zwar versenden wir unsere E-Mail nur auch verschlüsseltem Übertragungsweg. Den Inhalt der E-Mail verschlüsseln wir jedoch nicht, da die Mehrzahl der Patienten erfahrungsgemäß mit der Entschlüsselung überfordert ist.

**Einwilligung:** Ich stimme zu, dass, die Praxis Informationen aus meiner Patientendokumentation (somit Informationen über meinen Zustand bei Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen einschließlich der Anwendung von Medikamenten) an die folgende E-Mail-Adresse senden darf:

Mir ist bewusst, dass der Inhalt der E-Mail sowie dieser ggf. beigefügte Anlagen nicht verschlüsselt sind. Mir ist weiter bewusst, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die mich betreffenden Informationen erhalten könnten und

diese Daten verändert werden könnten sowie, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann.

- Ich möchte vorstehende Einwilligung erteilen.
- Ich möchte vorstehende Einwilligung NICHT erteilen. (oder durchkreuzen Sie den gesamten Abschnitt)

### Einwilligung zur Patienteninformation

Erläuterung: Als Serviceleistung bieten wir Ihnen an, Sie über gesundheitsrelevante Dinge, wie spezielle oder neue therapeutische Leistungen oder Angebote unserer Praxis oder ggf. auch von Krankenkassen angebotene Leistungen, zu informieren. Nachstehende Einwilligung dient diesem Zweck.

**Einwilligung:** Durch diese Einwilligung stimme ich zu, dass die Praxis mich über die vorgenannten Dinge informieren darf und zwar auf folgendem Weg (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- per E-Mail an die von mir im Patientenfragebogen angegebene Email-Adresse
- per Telefon auf der von mir im Patientenfragebogen angegebenen Telefonnummer
- per Post auf die von mir im Patientenfragebogen angegebene Anschrift
- Ich möchte KEINE dieser Einwilligungen erteilen. (oder durchkreuzen Sie den gesamten Abschnitt)

### Hinweis auf Ihr Recht zum Widerruf dieser Einwilligung(en)

Sie haben das Recht, jederzeit und ohne Angabe von Gründen, eine erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abzuändern oder gänzlich zu widerrufen. Die bis zum Eingang Ihres Widerrufs bereits erfolgte Verarbeitung Ihrer Daten bleibt jedoch rechtmäßig.

Der Widerruf kann postalisch oder elektronisch (z.B. per E-Mail oder Fax) an uns übermittelt werden. Es entstehen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Lemgo, den \_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in) ggf. Unterschrift des gesetzl. Vertreters