



Dr. med. Philipp Dürkes
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Palliativmedizin
 Lehrarzt der Universitätsklinik Hamburg

Hinterstraße 14a
 21723 Hollern-Twielenfleth
 Telefon 04141-70094
 Fax 04141-70096
 www.arztpraxis-erste-meile.de

Einwilligung zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten von

Name

Vorname

Geb.-Datum

E-Mail

Handynummer

1. Übermittlung/Einholung von Patientendaten

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mit der Praxis Dr. med. Philipp Dürkes, diese mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäuser, dem Labor Dr. von Froreich und sonstigen medizinischen Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln darf, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.

2. Optional willige ich in das folgende ein (bitte ankreuzen falls gewünscht)

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Terminerinnerung via E-Mail einverstanden.

3. Berechtigung Dritter

Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgende benannte Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogenen Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen, von der Praxis herausgegeben werden dürfen (auch per Fax/ E-Mail o.ä.). Sollte ich mit der Herausgabe von bestimmten personenbezogenen Daten **nicht** einverstanden sein, habe ich dies im Feld „Einschränkung“ hinter der jeweiligen Person eingetragen.

(Hinweis: Es können auch Taxi- oder Beförderungsunternehmen etc. benannt werden.)

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen, ggf. Telefonnummer)

(Einschränkung)

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen, ggf. Telefonnummer)

(Einschränkung)

Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind.

4. Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

 Ort, Datum

 Unterschrift des Patienten, bzw. gesetzlicher Vertreter