**Kenntnis der Datenschutzerklärung & Einverständniserklärung**

Zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Einwilligung nach Artikel 7 DSGVO§51 DSAnpUG(BDSG neu ) und §73 Ib SGB V durch die Hausärztin/Hausarzt

Dr. med. Regina Mertens / Dr. med. Anna Frahnert / Laura Polenz

Dördelstr.26 a, 44892 Bochum, Tel:0234/28336 Fax:0234/296558

Für unser Unternehmen haben wir einen Datenschutzbeauftragten mit nachfolgender Kontaktmöglichkeit bestellt:

**Datenschutzberater.NRW GmbH, Dennis Manz, Hansaring 78, 50670 Köln,** **Tel:02212927290** **Email:datenschutz@datenschutzberater.nrw**

**Vor-und Nachname:**

**Geburtsdatum:**

**Tel.Nr:**

Hiermit willige ich ein in die – in der Praxisinformation zur DSGVO,die ich gelesen, verstanden und hiermit akzeptiert habe,erläuterte-Einholung,Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten sowie meiner Gesundheitsdaten zum Zweck der
Behandlung + Abrechnung(nach §630a Abs.1 BGB)und erkläre mich einverstanden, dass meine Hausärztin mich betreffende Behandlungsdaten+Befunde bei anderen Ärzten&Leistungserbringern(Z.b Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Apotheken, Pflegedienste, Phsysiotherapeuten, Labore u.a) zum Zwecke der Information, der weiteren Behandlung und Dokumentation anfordert.

- meine Hausärztin mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer (s.o) übermittelt.

- meine Untersuchungs-/ Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Ärztinnen genutzt werden.

- im Fall eines Arztwechsels mein/e bisherige/r Hausarzt/-ärztin meiner/m neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. diese Unterlagen bei meiner/m bisherigen anfordert.

- mich die Praxis an Behandlungstermine erinnern kann.

- an von mir benannte Angehörige, Personen, Pflegedienste und Apotheken, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden dürfen.

- Ich bin darüber informiert, dass ohne mein Einverständnis eine Behandlung nur eingeschränkt ggf. gar nicht erfolgen kann.

- Es ist mir bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit mündlich/schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann.

------------------------------------------ -------------------------------------------

Ort, Datum Unterschrift Patient/in