

**Hausarztzentrum Vogelsberg**

Henrik Böckmann

Angelika Götz

Fachärzte für Allgemeinmedizin

Hauptstraße 43

36325 Groß-Felda

Tel.: 06637 / 91817-0

Fax: 06637 / 91817-5

Email: kontakt@hausarztzentrum-vogelsberg.de

www.hausarztzentrum-vogelsberg.de

**Hausarztzentrum  
Vogelsberg**

## Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung

Von Herr/Frau \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

**Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde im Hausarztzentrum Vogelsberg zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:**

1. Pflege der Kontaktdaten
2. Erfüllung des Behandlungsvertrags
3. Dokumentation von Befund und Behandlung
4. Erstellen von Behandlungsberichten und Arztbriefen
5. Kommunikation mit Laboren oder anderen Institutionen des Gesundheitswesens
6. Abrechnung erbrachter Leistungen mit Krankenkassen, Labor, Abrechnungsstellen oder den Patientinnen/ Patienten.

**Hiermit erteile ich dem Hausarztzentrum Vogelsberg folgende Einwilligung:**

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an weiterbehandelnde Ärzte oder Leistungserbringer, die Krankenkasse und/oder die Abrechnungsfirma, Apotheken, Pflegedienste sowie andere Institute im Gesundheitswesen etc. weitergegeben oder übermittelt werden sowie dort auch entsprechende Daten eingeholt werden dürfen. Dort werden die Daten ebenfalls zu den bei den Instituten genannten Zwecken verarbeitet und genutzt. Im Einzelfall erfolgt eine Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger. Wir übermitteln Ihre Daten nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.
- Außerdem bin ich damit einverstanden, dass meine Laborproben zur Untersuchung und Befundung an ein mit der Praxis zusammenarbeitendes Labor sowie an spezialisierte Labore weitergeleitet werden dürfen.
- Ich widerspreche der Weitergabe meiner Behandlungsdaten an andere an der Behandlung beteiligte Ärzte/Institutionen sowie der Anforderung solcher Daten von dort:

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

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

3. \_\_\_\_\_

Im Falle einer Änderung meines Einverständnisses zu der Weitergabe meiner Daten in obenstehender Weise werde ich das Hausarztzentrum Vogelsberg in Kenntnis setzen.

Ich erkläre mich weiterhin einverstanden, dass alle Ärztinnen und Mitarbeiterinnen des Hausarztzentrums Vogelsberg betreffende Behandlungsdaten und Befunde einsehen dürfen, sofern es für meine Behandlung zweckmäßig und erforderlich ist.

## Erlaubnis zur Weitergabe von Rezepten

Mir ist bekannt, dass die Weitergabe meiner ärztlichen Verordnungen (Rezepte) an Dritte zur Sicherstellung meiner Versorgung erforderlich sein kann.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Rezepte nach Feststellung der Identität an folgende Stellen übermittelt werden dürfen:

- ☐ Apotheke  
☐ Pflegedienst  
☐ Pflegeheim      Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

## Erlaubnis der Auskunft an Dritte

Mir ist bekannt, dass die Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail Sicherheitsrisiken birgt.

Folgende Angehörige oder sonstige Personen dürfen nach Feststellung der Identität informiert werden:

|         |            |
|---------|------------|
| Name    | Vorname    |
| Straße  | Hausnummer |
| PLZ     | Wohnort    |
| Telefon | Email      |
| Mobil   |            |

über folgende Daten:

☐ Behandlungsdaten    ☐ Rezepte    ☐ Überweisungen    ☐ Krankschreibungen

Die Daten dürfen dabei über folgende Medien übermittelt werden:

☐ Telefon    ☐ Email    ☐ Post

|         |            |
|---------|------------|
| Name    | Vorname    |
| Straße  | Hausnummer |
| PLZ     | Wohnort    |
| Telefon | Email      |
| Mobil   |            |

über folgende Daten:

☐ Behandlungsdaten    ☐ Rezepte    ☐ Überweisungen    ☐ Krankschreibungen

Die Daten dürfen dabei über folgende Medien übermittelt werden:

☐ Telefon    ☐ Email    ☐ Post

**Hausarztzentrum Vogelsberg**

Henrik Böckmann

Angelika Götz

Fachärzte für Allgemeinmedizin

Hauptstraße 43

36325 Groß-Felda

Tel.: 06637 / 91817-0

Fax: 06637 / 91817-5

Email: kontakt@hausarztzentrum-vogelsberg.de

www.hausarztzentrum-vogelsberg.de

**Hausarztzentrum**  
— Vogelsberg —**Patientenservice**

- ☐ Ich erkläre mich damit einverstanden, über anstehende Termine (z. B. Gesundheits- und Vorsorgeuntersuchungen, Impfmöglichkeiten, andere Gesundheitsangebote) über Telefon, E-Mail, SMS oder auf schriftlichem Weg informiert zu werden.
- ☐ Ich lehne es ab, über Termine (z. B. Gesundheits- und Vorsorgeuntersuchungen) telefonisch, per E-Mail, SMS oder schriftlich benachrichtigt zu werden.

Ich bin mit dem Ansprechen, der Nennung und dem Aufrufen meines Namens (gegebenenfalls mit Vornamen) in den Praxisräumen einverstanden.

**Ich bin darauf hingewiesen worden, dass:**

- die im Rahmen der oben genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DSGVO und des BDSG verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- bestimmte personenbezogene Daten zur Durchführung des Behandlungsvertrages sowie zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen verarbeitet werden müssen.  
Soweit die Verarbeitung auf meiner Einwilligung beruht, ist diese freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.
- ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- ich die Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten verlangen kann.
- ich jederzeit berechtigt bin, mit Wirkung für die Zukunft, diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

**Im Falle des Widerrufs ist dieser schriftlich zu richten an:**

Hausarztzentrum Vogelsberg

Hauptstraße 43

36325 Groß-Felda

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen - und falls solche nicht mehr zu beachten sind - mit dem Zugang der Willenserklärung in der Praxis gelöscht.

Den Aushang „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich gelesen und verstanden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis mit den obenstehenden Einwilligungen und bestätige, dass ich deren Inhalte zur Kenntnis genommen und verstanden habe.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift