



Gemeinschaftspraxis Malteserstraße

Dipl.-Med. Heike Maier
Dr. med. Maren von Loh
Katja Müller

Malteserstr. 170/172
12277 Berlin

Tel: 030/72 00 99 90
Fax: 030/72 00 99 99

E-Mail: praxis.maier@aerzte-berlin.de

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

Tel.-Nr./ E-Mail: _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs. 1 DSGVO

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Behandlungsdokumentation durch die Praxis zu. Des Weiteren stimme ich zu, dass diese Daten zur Behandlungsabrechnung an die Kassenärztliche Vereinigung weitergegeben werden.

Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten in Ansprache genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Diese Zustimmung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden (SGB V §73 Abs. 1b). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs.3 DSGVO).

Folgende Personen dürfen Rezepte und Überweisungen für mich abholen:

1. _____

2. _____

Datum und Unterschrift Patient
