



Dr. med. Michael Schmiedle
Facharzt für Urologie, Androloge

medikamentöse Tumortherapie
onkologisch verantwortlicher Urologe
psychosomatische Grundversorgung

Siemensstraße 12
88239 Wangen im Allgäu
Tel. 07522-2433, Fax 07522-29633

Einwilligungserklärung

Zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten im Sinne von § 73 Abs. 1 b SGB V durch die/den hausärztliche/n oder fachärztliche/n Kolleg(inn)en

Ich

Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

Mir ist bekannt, dass im Wartebereich eine Informationsbroschüre ausliegt, die die rechtlichen Grundlagen und Voraussetzungen für die Speicherung und Verwendung meiner Daten transparent und vollumfänglich erörtert, die Möglichkeit hierzu Fragen zu stellen wurde mir hinreichend eingeräumt:

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt/Psychotherapeut meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- mein behandelnder (Haus-)Arzt/Psychotherapeut anderen Ärzten/Psychotherapeuten oder Leistungserbringern meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt.
- mein behandelnder (Haus-)Arzt/Psychotherapeut bei meinen anderen Ärzten/Psychotherapeuten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden (Haus-)Arzt/Psychotherapeut zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum

Unterschrift der/s Patient/in bzw. der gesetzlichen Vertretung