

**Einwilligung zur Datenübermittlung zwischen Hausärzten/Fachärzten
und dem MVZ Hallerwiese**

(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO /
§ 6 Ziff. 2, § 13 Abs. 2 Ziff. 1, 8, Abs. 3 DSGVO / § 6 Abs. 1b, § 11 Abs. 2a, h KDG i.V.m. § 73 Abs. 1b SGB V)

Ich, [Vorname, Name Patient*in],

geboren am:, Telefonnummer:,

wohnhaft in:,

bin damit einverstanden, dass das MVZ Hallerwiese die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt/Facharzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt/Facharzt.

Ja Nein Übermittlung an Hausarzt:
(Name und Anschrift des Arztes)

Ja Nein Übermittlung an Facharzt:
(Name und Anschrift des Arztes)

Ja Nein Übermittlung an Facharzt:
(Name und Anschrift des Arztes)

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das MVZ Hallerwiese die bei meinem Hausarzt und/oder Fachärzten und/oder anderen Krankenhäusern vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem MVZ Hallerwiese, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes/Facharztes zu erhalten. Das MVZ Hallerwiese wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja Nein

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen Hausarzt und MVZ statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Träger des MVZ. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser dem Träger des MVZ zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

.....
(Ort und Datum)

.....
(Unterschrift Patient*in)