

## Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) dürfen wir Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen der Behandlung ohne zusätzliche Einwilligung verarbeiten, da dies zur Erfüllung des Behandlungsvertrages sowie gesetzlicher Dokumentations- und Abrechnungspflichten erforderlich ist.

Für bestimmte zusätzliche Zwecke benötigen wir jedoch Ihre ausdrückliche Einwilligung. Diese Einwilligung ist freiwillig, kann gezielt ausgewählt werden und ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar.

### 1. Weitergabe an andere Behandler

Ich willige ein, dass meine Behandlungsdaten an meinen Hausarzt / überweisende Ärzte / weiterbehandelnde Fachärzte weitergegeben werden dürfen, sofern dies medizinisch erforderlich ist.

☐ Ja, ich willige ein.

☐ Nein, ich willige nicht ein.

### 2. Nutzung externer Labore / Diagnostik

Ich willige ein, dass meine Daten bei Bedarf an externe Labore oder Untersuchungsstellen (z. B. Radiologie, Pathologie) übermittelt werden.

☐ Ja, ich willige ein.

☐ Nein, ich willige nicht ein.

### 3. Terminerinnerungen und organisatorische Mitteilungen

Ich willige ein, dass ich per SMS / E-Mail oder Online-Rezeption an Termine erinnert werde oder organisatorische Hinweise (z. B. 'Rezept liegt vor') erhalte.

☐ Ja, ich willige ein.

☐ Nein, ich willige nicht ein.

### 4. Nutzung der Videosprechstunde

Ich willige ein, dass meine Daten im Rahmen einer zertifizierten Videosprechstunde verarbeitet werden dürfen.

☐ Ja, ich willige ein.

☐ Nein, ich willige nicht ein.

### 5. Weitere Kommunikation (E-Mail-Versand)

Ich willige ein, dass meine Praxisdaten für den Versand wichtiger medizinischer Befunde oder Unterlagen per E-Mail (verschlüsselt) genutzt werden dürfen.

☐ Ja, ich willige ein.

☐ Nein, ich willige nicht ein.

Hinweis:

Die Erteilung der Einwilligungen ist freiwillig. Ihre ärztliche Behandlung erfolgt selbstverständlich auch dann, wenn Sie einzelne oder alle Einwilligungen verweigern. Ein Widerruf ist jederzeit möglich – schriftlich oder mündlich – mit Wirkung für die Zukunft.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_

Ihr



Dr. med. Mathias Göppert

Facharzt für Neurologie – Notfallmedizin, Intensivmedizin, Rehabilitationswesen, Palliativmedizin und Verkehrsmedizin