



PRAXIS ENGELHARDT
Psychiatrie & Psychotherapie

Kuhlenstr. 2, 26655 Westerstede, Tel.: 04488-7389738, Fax.: 04488-7389739,
E-Mail: anmeldung@engelhardt-praxis.de

Patientendatenerhebungsbogen

Nachfolgend finden Sie eine Übersicht an Einwilligungen, die wir im Rahmen der Behandlung benötigen (können). Dabei handelt es sich zum Teil auch um Entbindungen von der Schweigepflicht.

Ich gebe gegenüber der oben genannten Praxis folgende Einwilligungen ab:

<input type="checkbox"/>	Einwilligung Weitergabe von Daten an andere Ärzte oder Leistungserbringer Mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde dürfen von anderen Ärzten bzw. Leistungserbringern angefordert bzw. an diese übermittelt werden (z.B. bei einem Praxiswechsel).
<input type="checkbox"/>	Einwilligung Bevollmächtigte Mich betreffende Rezepte, Überweisungen, Atteste, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, usw. dürfen in meinem Auftrag (telefonisch, persönlich oder schriftlich) an unten genannte Angehörige/Bekannte oder externe Dienstleister (z.B. Apotheken) herausgegeben werden. 1. Bevollmächtigte/r: _____ 2. Bevollmächtigte/r: _____
<input type="checkbox"/>	Einwilligung zur Termin-Erinnerung Ich möchte telefonisch oder per E-Mail an den Arztbesuch erinnert werden.
<input type="checkbox"/>	Einwilligung Abrechnung (nur Privatpatienten) Meine personenbezogenen Daten sowie für die Abrechnung notwendige Unterlagen dürfen zum Zwecke der Abrechnung an die PVS Oldenburg weitergegeben werden. Folgende Daten können übermittelt werden: Name, Anschrift, Geschlecht, Alter oder Geburtsjahr, Versicherungsstatus, Behandlungsübersichtsdaten.

Sie können Ihre Einwilligung(en) jederzeit mündlich in der Praxis, telefonisch, schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Ein Widerruf einer Einwilligung berührt die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ausführliche Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten in unserer Praxis, zu den Rechtsgrundlagen sowie zu Ihren Rechten in Bezug auf den Datenschutz finden Sie im Aushang im Wartezimmerbereich unserer Praxis.

Name, Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Westerstede, den _____ Unterschrift: _____