

Augenärzte Hiltrup
Dres. Motz; Mittmann; Revander
Helene-Weigel-Weg 5
48165 Münster

Einverständniserklärung
zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten
gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich _____

(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- die augenärztliche Gemeinschaftspraxis „Augenärzte Hiltrup“ mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- die augenärztliche Gemeinschaftspraxis „Augenärzte Hiltrup“ mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.
- bei der Terminvergabe die App der Doctolib GmbH benutzt wird. Insoweit besteht ein Auftragsverarbeitungsvertrag zwischen unserer Praxis und Doctolib nach Art. 28 DSGVO. Diesen Auftragsverarbeitungsvertrag und der Weitergabe der für die Terminvereinbarung erforderlichen Daten wird hiermit seitens des Unterzeichners zugestimmt.

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

(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Ich erteile meine Einwilligung, dass folgende Personen/Einrichtungen mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde anfordern und erhalten dürfen:

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

(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)