

Dr. med. Heiko Seemann

Innere Medizin/Kardiologie

Friedrich-Lichtenauer-Allee 1b – 21423 Winsen/Luhe – Tel. 04171/ 4488

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

→ Bitte streichen Sie die Absätze durch, mit denen Sie nicht einverstanden sind. ←

Ich _____
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

habe die Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen. Sie hängt im Wartezimmer aus.
Ich erkläre mich einverstanden, dass

- Dr. med. Heiko Seemann meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- Dr. med. Heiko Seemann bei meinem Hausarzt/ anderen Ärzten/ anderen Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt ist: _____
(Vorname, Name, Adresse)

Die nachfolgend aufgeführten Personen (**Angehörige, Fachärzte etc.**) dürfen zukünftig Auskünfte und Informationen zu meinem Gesundheitszustand erhalten:

(Vorname, Name, Adresse)

(Vorname, Name, Adresse)

(Vorname, Name, Adresse)

Im Falle einer akuten Behandlung im Krankenhaus oder bei niedergelassenen Ärzten entbinde ich Dr. med. Heiko Seemann von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den dort behandelnden Ärzten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten über die gesetzliche Aufbewahrungspflicht hinaus gespeichert werden dürfen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann. Dieses erfolgt schriftlich.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf Dr. med. Heiko Seemann meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.