



Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

für Allgemeine und Innere Medizin

F. Dillmann, Dr.med. D. Geiger, Dr.med. H. Goebel, C. Hauf M.Sc.

Hauptbetriebsstätte: Rintheimer Straße 90, 76131 Karlsruhe

[www.medizinkarlsruhe.de](http://www.medizinkarlsruhe.de)



**Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Männlich  Weiblich  Divers  keine Angabe

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_

- Ich erkläre mich einverstanden, dass in der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (üBAG) MedizinKarlsruhe.de meine Patientendaten unter Beachtung und im Rahmen der DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- Sollte ich in der Vergangenheit in der Praxis Dres. Calmbach/ Karlsruhe-Oststadt, Praxis Dr. Günter Krauth/ Karlsruhe-Weststadt, Praxis Dr. Gudrun Eisermann/ Karlsruhe-Durlach oder Praxis Dr. Johann May/ Karlsruhe-Oststadt in Behandlung gewesen sein, erkläre ich hiermit mein Einverständnis, dass meine dort vorhandenen Behandlungsdaten zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung an die üBAG übermittelt werden.
- Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen ÄrztInnen und MitarbeiterInnen der üBAG offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Alle ÄrztInnen und alle anderen MitarbeiterInnen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.
- Den Aushang „Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis“ habe ich gelesen und verstanden. Über den Umfang und die Art der von mir verarbeiteten Daten, über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung, über die Möglichkeiten Widerspruch einzulegen, und über die Folgen dessen wurde ich informiert.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei allen anderen Ärzten/Psychotherapeuten und anderen Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können, und dass meine Behandlungsdaten und Befunde auch an diese übermittelt werden dürfen. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.
- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Terminerinnerungen und anderen Benachrichtigungen einverstanden.
- Ich erteile die Erlaubnis mich per Telefon, Email, Patientennachricht oder Fax zu kontaktieren.
- Mir ist bewusst, dass in baulich offenen Bereichen der Praxis keine hundertprozentige Diskretion zu erreichen ist. Ich achte deshalb mit darauf, welche vertraulichen Details ich in Gesprächen mit dem Praxisteam und mit meinen Behandlern in diesem Bereich preisgebe.

Schweigepflichtsentbindung: Zusätzlich benenne ich folgende Person(en) oder Einrichtungen, die an meiner Stelle oder in Vertretung für mich sensible Informationen (z.B. Patientendaten, Diagnosen etc.) kommunizieren dürfen und Terminverlegungen und -absagen vornehmen dürfen:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Bezug\* \_\_\_\_\_

\*Bezug (z.B. Ehegatte, Kind, Betreuer, Nachbar etc.)

Ich verpflichte mich, die o.g. Personen über die Schweigepflichtsentbindung zu informieren und ihnen die Datenschutzinformationen der Praxis zukommen zu lassen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters