



<b>Name der Patientin:</b>	
----------------------------	--

## **EINVERSTÄNDNIS ZUM DATENSCHUTZ UND ZUR WEITERGABE VON INFORMATIONEN**

**Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeiterinnen der Praxis zugänglich sind, sofern dies zu meiner Behandlung notwendig ist.**

Alle Mitarbeiterinnen sind mit den aktuellen Vorschriften zum Datenschutz vertraut und zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Ich bin mit der Übermittlung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Patientendaten im Rahmen der Zweckbestimmung und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an externe Erbringer wie z.B. Labor (Blut- Urin- und Abstrichuntersuchungen), Zytologielabor (Krebsfrüherkennungsuntersuchung), ggf. Histologie/Gewebeuntersuchungen, Apotheken, Haus- und Fachärzte (Röntgenuntersuchungen, Mammographie, Ultraschalluntersuchungen) einverstanden, wenn dies im Rahmen meiner Behandlung notwendig ist.

Eine Weitergabe von Patientendaten an sonstige Dritte erfolgt nicht.

Ich habe die in der Praxis ausgehängte Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Ich habe das Recht, dieses Einverständnis jederzeit zu widerrufen.

Ich entbinde die Praxis von der Schweigepflicht für folgende Personen, nachdem deren Identität festgestellt wurde (z.B. zur Übermittlung von Befunden oder Aushändigung von Rezepten).

Name :	Bezug z.B. Ehepartner, Kinder, Hausarzt o.a.

\_\_\_\_\_  
Berlin, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift