



Name: _____ Geb.-Datum: _____

**Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten
gem. Art. 13 DSGVO (Datenschutzgrundverordnung)**

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung für die Mitbehandlung notwendige Behandlungsdaten, die in der Hausarztpraxis Stefan Burow hinterlegt sind, an mitbehandelnde Ärzte/Labore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen Ärzten/Laboren eingeholt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Hausarztpraxis Burow kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zwecke der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

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

An folgende Personen dürfen, nach Feststellung der Identität folgende Daten/Unterlagen weitergegeben werden:

1. Name: _____
2. Name: _____
3. Name: _____
4. Name: _____

- Rezepte
- ÜW/HMV, KH-Einweisung/Transportschein/Hilfsmittelrezept
VO f. Häusl. Krankenpflege
- Laborbefunde
- Arzt-/Krankenhausbriefe

Ort/Datum

Unterschrift d. Patienten bzw. d. gesetzl. Vertreters