



Augenarztpraxis AltenKirchen
Dr. med. Thomas Wehler
Facharzt für Augenheilkunde
Wilhelmstr. 32
Schlossweg 2
57610 Altenkirchen
Tel 02681 - 1651
Fax 02681 - 6094
Mail info@ak-augenarzt.de
Net www.ak-augenarzt.de

Einwilligungserklärung zur Erhebung von Patientendaten

Ich Name: _____ Geburtsdatum: _____

erkläre mich einverstanden, dass in der **Augenarztpraxis Altenkirchen**, meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden.

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert und ausgetauscht werden können
- bei der Terminvergabe die App der Doctolib GmbH benutzt wird. Insoweit besteht ein Auftragsverarbeitungsvertrag zwischen unserem Ärztesystem FIDUS 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. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ich habe den oben aufgeführten Text gelesen und verstanden.

Altenkirchen, den _____

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters: _____

Einwilligungserklärung zur Übermittlung von Patientendaten Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer (z.B. Sozialämter, öffentliche Einrichtungen) übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

- Ich habe den oben aufgeführten Text gelesen und verstanden.
- Altenkirchen, den _____
- Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters: _____
- Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil alleine, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.