

# PATIENTENEINWILLIGUNG BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages, zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung oder Qualitätssicherungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung/Ärzttekammer) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

**Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich gelesen.**

## EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit willige ich,

**Name:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung vom Röntgeninstitut-Mechernich GbR St. Elisabeth-Str. 8 53894 Mechernich an

- die **weiterbehandelnden Ärzte** (Hausärzte/überweisende Ärzte)
- das Krankenhaus **Kreiskrankenhaus Mechernich** St. Elisabeth-Str. 8, 53894 Mechernich
- das Labor **Labor Quade** Aachener Str. 338, 50933 Köln  
**Labor Synlab** Paracelsusstraße. 13, 51375 Leverkusen
- die Apotheke **Apotheke am Kreiskrankenhaus** Stiftsweg. 17, 53894 Mechernich
- die Praxis **Dr. Ockenfels** St. Elisabeth-Str. 8, 53894 Mechernich
- die Praxis **MVZ Mechernich** Stiftsweg. 17, 53894 Mechernich
- die Praxis **Dr. Tanja Reiche-Dünnebacke** Blumenthalerstr. 19, 53937 Schleiden
- die Praxis **Dr. Thomas Langhammer** Am Stellwerk 6, 53925 Kall
- die Praxis **Thomas Gampe** Sebastian-Kneip-Promenade. 14, 53902 Bad Münstereifel
- die Praxis **Dr. Johannes Langhammer** Arenbergstr. 6, 53894 Mechernich
- Sonstige \_\_\_\_\_

weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Ich stimme hiermit auch dazu ein, dass ich damit einverstanden bin, dass ich telefonisch an Termine erinnert werden darf.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

---

Unterschrift Patient