

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

Herr/Frau  
Mustermann  
Musterstr. 1  
97070 Würzburg

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung, meine Behandlungsdaten an mit behandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mit behandelnde Ärzten eingeholt werden dürfen. (Per Telefon, Fax, Email und Postverkehr)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck des Screenings, Routine- oder Kontrolluntersuchungen übermittelt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte an die jeweilige Apotheke weitergeleitet werden dürfen.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten. (Aus Datenschutzgründen ist die telefonische Weitergabe medizinischer Daten/Befunde nicht zulässig)

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen. Grundsätzlich besteht eine gesetzliche Aufbewahrungsfrist der medizinischen Daten von 10 Jahren.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Bis auf Widerruf gilt diese Zustimmung auch für weitere Laboraufträge.

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten, Rezepte, Überweisungen und andere medizinische Formularvordrucke weitergegeben werden:

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/  
bzw gesetzlichen Vertreters