

Einwilligungserklärung zur Nutzung von persönlichen Daten

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis Gußmann

- bei der hausärztlichen Tätigkeit entstandene Daten im Patientenverwaltungsprogramm(PVS) speichern darf. (Anamnesen, Befunde etc.)
- die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei anderen Ärzten, Krankenhäusern oder sonstigen Leistungserbringern (gemäß § 73 Abs. 1b SGB V) erhebt und für die Zwecke der durch die Praxis Gußmann durchgeführten Behandlung verarbeitet und nutzt
(Empfangene und angeforderte Daten Nutzen dürfen)
- meine Behandlungsdaten und Befunde, soweit dies zum Zwecke meiner weiteren Behandlung erforderlich ist, an andere Ärzte oder sonstige Leistungserbringer übermittelt.
(Angefragte Daten an Weiterbehandler/Leistungsträger übermitteln dürfen)
- Daten aus dem Praxissystem der Praxis Dr. med. Reinhold Reich erhoben wurden ins praxisinterne PVS zu integrieren.
(fortgeführtes **Nutzen** der in der Vergangenheit erhobenen **Patientendaten** aus der Hausarztpraxis von **Dr. Reich**)
- Ich möchte ggf. an Impfungen oder Termine via Email/Anruf erinnert werden

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen kann.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Datum/ Unterschrift