



Einverständniserklärung und Schweigepflichtentbindung

Name, Vorname

Geburtsdatum

A. Zu Ihrer Information: Behandlung und Dokumentation keine Unterschrift nötig

Für Ihre Behandlung erheben, speichern und nutzen wir Ihre Daten, Befunde und Diagnosen. Dafür brauchen wir Ihre Einwilligung nicht: Das Gesetz erlaubt es (Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO, § 22 BDSG). Wir sind verpflichtet, Ihre Behandlung zu dokumentieren und die Patientenakte in der Regel 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (§ 630f BGB). Auch gesetzlich vorgeschriebene Übermittlungen, zum Beispiel die Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung, brauchen keine Einwilligung.

B. Schweigepflichtentbindung freiwillig, bitte einzeln ankreuzen

Ich entbinde die Ärztinnen und Ärzte der Praxis und ihr Praxisteam von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist, gegenüber:

- ☐ Ärztinnen, Ärzten und Psychotherapeuten, die mich mit-, vor- oder nachbehandeln (z. B. Arztbriefe, Befunde, Überweisungen)
- ☐ Krankenhäusern und Rehakliniken (z. B. bei Einweisung und Entlassung)
- ☐ meinem Pflegeheim oder meinem ambulanten Pflegedienst
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis meine früheren Befunde und Behandlungsdaten bei anderen Ärztinnen, Ärzten, Psychotherapeuten und Krankenhäusern anfordert.

Ausgenommen sein sollen (falls gewünscht)

- ☐ Folgenden Angehörigen oder Vertrauenspersonen darf die Praxis Auskunft über meine Behandlung geben:

1. Name

Beziehung

Telefon

2. Name

Beziehung

Telefon

Telefonisch geben wir nur Auskunft, wenn wir sicher sind, mit der genannten Person zu sprechen. Unterlagen übermitteln wir per Post, Fax, KIM oder auf anderen sicheren Wegen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

C. Erinnerungen und Kontakt per E-Mail und SMS freiwillig, bitte einzeln ankreuzen

- ☐ **Terminerinnerung.** Die Praxis darf mich per SMS oder E-Mail an Termine erinnern. Die Erinnerung enthält nur Datum, Uhrzeit und den Namen der Praxis, keine Angaben zu Diagnose oder Behandlungsgrund.
- ☐ **Vorsorge-Erinnerung.** Die Praxis darf mich erinnern, wenn eine empfohlene Vorsorgeuntersuchung oder Impfung ansteht (z. B. Gesundheits-Check, Hautkrebs-Screening, Grippeimpfung).
- ☐ **Organisatorisches.** Die Praxis darf mich per E-Mail oder SMS zu organisatorischen Fragen kontaktieren, z. B. als Antwort auf meine Anfrage. Diese Nachrichten enthalten keine Diagnosen und keine Befunde.
- ☐ **Befunde und Dokumente per E-Mail.** Die Praxis darf mir Befunde, Arztbriefe und andere Dokumente per E-Mail senden. Mir ist bekannt, dass normale E-Mail nicht Ende-zu-Ende verschlüsselt ist.

E-Mail

Mobilnummer

Gut zu wissen

- Die Angaben in B und C sind freiwillig. Ob und wie wir Sie behandeln, hängt nicht davon ab. Ohne Schweigepflichtentbindung fragen wir Sie im Einzelfall, bevor wir Unterlagen weitergeben oder anfordern; das kann Abläufe verlängern.
- Sie können jede Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen, formlos: mündlich, schriftlich oder per E-Mail. Der Widerruf gilt für die Zukunft. Er führt nicht zur Löschung der Patientenakte, die wir gesetzlich aufbewahren müssen.
- Ausführliche Informationen zum Datenschutz: www.hausarztpraxis-vegesack.de/datenschutz. Sie liegen auch in der Praxis aus.
- Ihre Unterschrift kann elektronisch auf einem Praxis-Tablet erfasst und der Patientenakte zugeordnet werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten (bzw. der gesetzlichen Vertretung)