

Einverständniserklärung zur Verarbeitung von
Patientendaten
bei ambulanter Behandlung in der
MVZ Gesundheitspark gGmbH (MVZ)

DSB
Version 2.0
01.04.2024

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir sind zu einer lückenlosen Dokumentation Ihrer Behandlung gesetzlich verpflichtet. Die Verarbeitung Ihrer Daten und Datenübermittlungen an Personen und Stellen außerhalb des MVZ erfolgen ebenfalls im Rahmen gesetzlicher Verpflichtungen. Alle übrigen Datenübermittlungen dienen dazu, Sie medizinisch bestmöglich zu versorgen und bedürfen ggf. Ihrer schriftlichen Einwilligung. Um diese bitten wir Sie hiermit und informieren Sie darüber umfassend in der Datenschutzerklärung des MVZ.

Daten: Pat. Name:

Nr.	Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns zu folgenden Punkten Ihr Einverständnis:
1.	Ich bin mit der Erstellung von Bild- und Videoaufnahmen zu internen, organisatorischen und Behandlungszwecken (sofern notwendig) einverstanden.
2.	Ich gestatte die Weiterleitung meiner Daten an einen externen Dienstleister zu Abrechnungs- und/oder Abtretungszwecken.
3.	Ich gestatte die Weiterleitung dieses Formulars an die Empfänger, die einen Beleg für die Entbindung von der Schweigepflicht vorlegen.
4.	Ich bin mit dem persönlichen und automatisierten Aufruf meines Namens zu organisatorischen Zwecken einverstanden.

Nr.	Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns zu allen nachfolgenden Punkten (5.-11.) Ihr Einverständnis (Punkt 5-8 bitte zusätzlich noch ausfüllen). Sollten Sie einzelne Punkte ablehnen, markieren Sie diese bitte mit NEIN.	JA	NEIN
5.	Ich gestatte die Behandlungsdatenübermittlung an nachstehend bekanntgegebenen Hausarzt/ Überweiser _____		
6.	Ich gestatte die Einsichtnahme in Behandlungsdaten bei bekanntgegebenem Hausarzt/ Überweiser gemäß Aufstellung Punkt 5 sowie... _____		
7.	Ich gestatte Auskünfte über Befunde und Behandlungen an die benannte(n) Vertrauensperson(en) (bspw. Ehepartner/ Lebenspartner/ Angehörige), die nachfolgend eingetragen sind: _____		
8.	Ich gestatte dem MVZ die Nutzung nachstehender E-Mailadresse und Mobiltelefonnummer (z.B. für Terminerinnerungen). Diese lauten: _____		
9.	Ich entbinde die Mitarbeitenden des MVZ von der gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern (u.a. Apotheke, Sanitätshaus, Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten).		
10.	Ich gestatte dem MVZ auf meiner Gesundheitskarte den sogenannten Notfalldatensatz (NFD) anzulegen.		
11.	Ich gestatte dem MVZ auf meiner Gesundheitskarte den sogenannten Datensatz Persönliche Erklärungen (DPE) anzulegen.		

Wir weisen darauf hin, dass wir unseren Behandlungsauftrag Ihnen gegenüber nur erfüllen können, wenn Sie hiermit Ihr Einverständnis geben. Ich/Wir erkläre/n mich/uns hiermit widerruflich¹⁾ nach Maßgabe der vorstehenden Erklärungen mit den Bedingungen der Datenschutzerklärung (Version 2.0 mit Stand 1. April 2024) des MVZ einverstanden. Eine Kopie dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

\$4001\$

Datum

Unterschrift Patient/in

Name, Vorname, Anschrift und Unterschrift 1. gesetzlicher Vertreter²⁾

Name, Vorname, Anschrift und Unterschrift 2. gesetzlicher Vertreter²⁾

Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern (unter 16 Jahren) ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

1) Widerrufserklärungen bitte schriftlich an: MVZ Gesundheitspark gGmbH · Geschäftsführung · An der Lutter 24 · 37075 Göttingen
2) Gesetzliche Vertreter handeln als Vertreter mit Vertretungsvollmacht i.S. d. § 164 BGB