

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

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

## Einwilligung nach Artikel 7 DSGVO, § 51 DSAnpUG (BDSG neu) und § 73 1b SGB V

(Unzutreffendes bitte streichen)

- Hiermit willige ich ein in die Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten sowie meiner Gesundheitsdaten von und an mit- und weiterbehandelnde Ärzte, sowie anderen Leistungserbringern zum Zwecke der Behandlung und Abrechnung nach § 630a Absatz 1 BGB und anderen Verordnungen.
- Hiermit willige ich ein in die Anonymisierung und Weitergabe meiner Gesundheitsdaten zu klinisch wissenschaftlichen Untersuchungen, sowie der anonymen Veröffentlichung in wissenschaftlichen Publikationen.
- Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB zur Übermittlung meiner Daten per Fax.
- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine Befunde an andere, mich behandelnde Ärzte/Institutionen verschickt und/oder ggf. notwendige Voruntersuchungen angefordert werden können.
- Sämtliche Informationen über die Datenerhebung nach Artikel 13 und 14 DSGVO wurden mir zur Verfügung gestellt.
- Ich bin darüber informiert worden, dass es zu einer unzureichenden Behandlung bei fehlender Einwilligung/Entbindung kommen kann.
- Ich bin darüber informiert worden, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass mir auf Wunsch eine Kopie dieser Einwilligung ausgehändigt werden kann.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_