

# Einwilligung

## zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten von

Name	Vorname	Geb.-Datum
Versicherten-Nr.	Krankenkasse	

**1. Übermittlung/Einholung von Patientendaten**  
 Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mit dem MVZ Auetal gGmbH (Rehrener St. 8, 31749 Auetal), Zweigpraxis Sachsenhagen, Mittelstraße 4, 31553 Sachsenhagen, diese mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen mich behandelnden Ärzten, Psychotherapeuten, Laborärzten und sonstigen medizinischen Leistungserbringern zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln darf, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.

**2. Einverständniserklärung zur Datenübernahme im Rahmen der Praxisübernahme**  
 Über die zum 01.01.2023 erfolgte Praxisübergabe von Dr. Joachim Abicht an das MVZ Auetal gGmbH, Rehrener Str. 8, 31749 Auetal wurde ich hiermit informiert.  
 Für die weitere Behandlung stimme ich der Einsichtnahme vom MVZ Auetal gGmbH in meine bisher durch Dr. Joachim Abicht geführten Patientenunterlagen zu.  
 Die Übergabe und Speicherung der Daten unterliegt den Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

**3. Berechtigung Dritter**  
 Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgende benannte Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogenen Daten, insbesondere Rezepte, Verordnungen, Behandlungs- und Befundunterlagen, von der Praxis herausgegeben werden dürfen. Sollte ich mit der Herausgabe von bestimmten personenbezogenen Daten **nicht** einverstanden sein, habe ich dies im Feld „Einschränkung“ hinter der jeweiligen Person eingetragen.  
 (Hinweis: Es können auch Taxi- oder Beförderungsunternehmen etc. benannt werden)

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	(Einschränkung)
(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	(Einschränkung)
(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	(Einschränkung)
(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	(Einschränkung)

Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind.

**4. Widerrufsmöglichkeit**  
 Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter