

Wie lautet Ihr Name und Vorname?	
Wann sind Sie geboren?	
Wie lautet Ihre Adresse?	
Ihre Telefonnummer (Privat oder Mobil) ?	
Wie lautet Ihre Mailadresse? (optional!)	
Wer ist Ihr Hausarzt?	
Bestehen bei Ihnen Allergien? Wenn Ja – welche?	
Wenn Sie privatversichert sind?	☐ Allgemeinprivat ☐ Postbeamtenkrankenkasse B ☐ KVB I-III

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen der Umstrukturierung unserer ärztlichen Kooperation erfolgt ein Wechsel von einer Gemeinschaftspraxis zu einer Praxisgemeinschaft. Innerhalb der Praxisgemeinschaft ist es erforderlich, eine einheitliche und umfassende Patientenversorgung zu gewährleisten.

Einwilligungserklärung zur Erhebung, Verarbeitung und Übermittlung von Patientendaten

Hiermit willige ich ein, dass meine Patientenakte von sämtlichen Ärzten der Praxisgemeinschaft „Dermatologie Ankerarkaden, Dres Parker + Allgäuer, eingesehen werden darf, auch wenn es sich dabei nicht um meinen jeweils behandelnden Arzt handelt. Diese Einsichtnahme dient ausschließlich der medizinischen Betreuung und der Koordination der Behandlung innerhalb der Praxisgemeinschaft.

Mir ist bekannt, dass die Einsichtnahme durch die Ärzte der Praxisgemeinschaft den Bestimmungen der ärztlichen Schweigepflicht sowie den gesetzlichen Datenschutzvorschriften (insbesondere der EU-Datenschutz-Grundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes) unterliegt.

Ich erkläre mich zudem einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind. Diesen werden auch durch die ePA (elektronische Patientenakte) bereitgestellt.

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

Optional:

- ☐ Ich stimme der weiteren Nutzung o.g. Daten zu folgenden Zwecken zu: Informationen und/oder Terminerinnerungen über Mail- oder Postzustellung.

Unterschrift (bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter/Vertreterin) _____

Seite 1 von 1	Dokumentenpfad: QM-QEP/Praxisorganisation/Vorlagen/VL_Anmeldedokumentation.odt	Erstellt: Dr. Allgäuer	
		Geprüft: Dr. Allgäuer/Dr. Parker	
	Version: 06	Freigegeben: Allgäuer/Parker	1.11.25