



# Einwilligungserklärungen

Name, Vorname in Blockbuchstaben:

---

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

Zum Zwecke der notwendigen Weitergabe, Übermittlung, Anforderung, Kommunikation und Organisation von persönlichen Daten zur Identifikation und zum Gesundheitszustand, benötigen wir differenzierte Einwilligungen von Ihnen.

Bitte beachten Sie hierzu auch unsere aushängende „**Patienteninformation zum Datenschutz**“ in unseren Wartezimmern und auf unserer Homepage (<https://www.neurologie-hennef.de/datenschutz.html>).

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte mit "ja" an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, kreuzen Sie diese mit "nein" an oder leisten keine Angabe.

**Ich willige zu folgenden Möglichkeiten ein:**

**Dürfen wir Sie anrufen?**  ja  nein

Zweck: Rückrufen für Rücksprachen und Informationsaustausch per Telefon.

**Geben Sie Ihre Telefonnummer**

an:

**Dürfen wir Sie anmailen?**  Ja  nein

Zweck: Kommunikation mit der Praxis mittels unverschlüsselter Mail.

**Geben Sie Ihre Email-Adresse**

an:

**Dürfen wir Sie im Rahmen einer Videosprechstunde kontaktieren**  ja  nein

**Zweck:** Kommunikation mit der Praxis und Informationsaustausch mittels Videosprechstunde

**Dürfen wir Ihnen faxen?**  ja  nein

Zweck: Kommunikation mit der Praxis und Zusendung von Patientenunterlagen mittels Fax

**Geben Sie Ihre Faxadresse an:**

**Bitte wenden!**

|                           |                                       |               |
|---------------------------|---------------------------------------|---------------|
| 08.2.1 Fo04               | Version: 02                           | Seite 1 von 2 |
| Erstellt von Dr. Kaminski | Freigegeben von Dr. Kaminski          |               |
| Erstellt am: 27.04.2020   | Freigegeben am / gültig ab 01.02.2023 |               |



## Einwilligungserklärungen

- Dürfen wir telef./mündl. Informationen an jemanden herausgeben?**       ja       nein
- Dürfen wir Ihre Daten an jemanden weitergeben?**       ja       nein
- Darf jemand Ihre Unterlagen abholen (z.B. Rezepte)?**       ja       nein

Zweck: Herausgabe von telefonischen, mündlichen, schriftlichen Patienteninformationen (z.B. Laborwerte, Termine, Briefe, Rezepte, Verordnungen etc.) an andere Personen.

**Benennen Sie empfangsberechtigte Personen:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

Sie können jederzeit ohne Angaben von Gründen diese Einwilligungserklärung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft formlos widerrufen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Umsetzung bejahender Abfragen. Es bestehen keine Verständnisprobleme zur korrekten Umsetzung.

\_\_\_\_\_  
Tagesdatum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient(in) / gesetzli. Vertreter(in)

|                           |                                       |               |
|---------------------------|---------------------------------------|---------------|
| 08.2.1 Fo04               | Version: 02                           | Seite 2 von 2 |
| Erstellt von Dr. Kaminski | Freigegeben von Dr. Kaminski          |               |
| Erstellt am: 27.04.2020   | Freigegeben am / gültig ab 01.02.2023 |               |