**Einwilligung**

**zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten von**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | |  |  |
| **Name** |  | **Vorname** | | |  | **Geb.-Datum** |
| **E-Mail Adresse** |  | **Telefon** | | |  | **Mobil** |
| **1. Übermittlung/Einholung von Patientendaten**  Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mit der Praxis Frauenleben , diese mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei den nachfolgend benannten Ärzten, Psychotherapeuten 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. | | | | | | |
| IZD Hannover | | | PHZ Hannover | | | |
| Theaterstraße 14 | | | Berliner Allee 48 | | | |
| 30159 Hannover | | | 30175 Hannover | | | |
|  | | |  | | | |
| MCC Medical careCapital GmbH  (private Abrechnungsstelle)   |  | | --- | | Postfach 101403 | | 47714 Krefeld | | | | Dr, med. Raif Khalifa   |  | | --- | | Hildesheimers Straße 102-104 | | 30173 Hannover | |  | | | | |
| |  | | --- | | City Apotheke Hannover | | Karmarschstraße 33/35 | | 30159 Hannover | |  | | | | |  | | --- | | Antares Apotheke Hamburg | | Albert-Schweitzer-Ring 22 | | 22045 Hamburg | |  | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | Hier bitte Praxisname und Anschrift eintragen) | (Hier bitte Praxisname und Anschrift eintragen) | |  |  | |  |  | |  |  | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | (Hier bitte Praxisname und Anschrift eintragen) | (Hier bitte Praxisname und Anschrift eintragen) | |  |  | |  |  | |  |  |   **2. Berechtigung Dritter**  Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgende benannte Dritte bis zum Widerruf dieser Einwilligung meine personenbezogene 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) | | |
|  | | | |
|  | | | |
| Mir ist bewusst, dass von den berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **3. Widerrufsmöglichkeit**  Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Praxis 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** |