

Datenübermittlung zwischen dem Krankenhaus und sonstigen Vor- / Weiterbehandlern

(Einwilligungserklärung gem. § 6 Abs. 1 a), Art. 11 Abs. 2 a) KDG)

Ich, _____ [Vorname, Name des Patienten],
geboren am: _____ [Geburtsdatum],
wohnhaft in: _____ [Anschrift]

- ☐ bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen
- ☐ **Hausarzt**
 - ☐ **Vorbehandler**
 - ☐ **Weiterbehandler**
 - ☐ _____ [sonstigen Behandler]

zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem
- ☐ **Vorbehandler**
 - ☐ _____ [sonstigen Behandler]

vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Mein **Hausarzt** ist

(Name und Anschrift)

Mein **Vorbehandler** ist:

(Name und Anschrift)

Mein **Weiterbehandler** ist:

(Name und Anschrift)

Mein _____ [sonstiger Behandler] ist:

(Name und Anschrift)

Ihre Einwilligung ist freiwillig.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. Behandlern und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten)

