

# INFORMATION UND EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR DATENVERARBEITUNG FÜR BEHANDLUNGSZWECKE

**Berufsausübungsgemeinschaft Dres. Große, Huss, Prof. Melms & Kollegen,  
Schloßstr. 74, 70176 Stuttgart**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zum Zweck Ihrer bestmöglichen medizinischen Versorgung übermitteln wir anderen Ärzten und medizinischen Einrichtungen, die Sie ebenfalls behandeln, Ihre Gesundheitsdaten (z.B. Röntgenaufnahmen, medizinische Informationen zur Weiterbehandlung in Arztbriefen), fragen bei solchen Einrichtungen Gesundheitsdaten von Ihnen ab, oder veranlassen für Ihre Behandlung bei uns Leistungen bei anderen medizinischen Einrichtungen oder Ärzten, wenn dies im Einzelfall nach Beurteilung des Behandlers erforderlich und zweckmäßig ist. Auch werden Ihre Gesundheitsdaten an Kostenträger (z.B. Krankenkassen) und zum Zweck der Abrechnung von Leistungen an die zuständigen Abrechnungsstellen (z.B. Kassenärztliche Vereinigung) weitergegeben, wenn dies ausdrücklich gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

**Ich willige ein, dass für die vorgenannten Zwecke der Mitbehandlung hier und in anderen medizinischen Einrichtungen Gesundheitsdaten von mir an bzw. von anderen Ärzten oder sonstigen medizinischen Einrichtungen übermittelt werden.**

Ihre Einwilligungserklärung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Dies hat zur Folge, dass eine Datenübermittlung, die auf Ihrer Einwilligung beruhte, nicht mehr fortgesetzt werden darf. Die Wirksamkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt hiervon unberührt. Ergänzend wird auf die Ihnen in der Praxis zur Verfügung gestellte Patienteninformation zum Datenschutz verwiesen.

Stuttgart, ..... (Datum)

.....  
(Vorname, Nachname der Patientin/des Patienten)

.....  
(Geb.Datum)

.....  
(Unterschrift)

**Nur bei nicht einwilligungsfähigen Personen (z.B. Minderjährigen):**

Ich erkläre die vorstehende Einwilligung als gesetzlicher Vertreter im Namen von

.....  
(Vorname, Nachname der Patientin/des Patienten)

.....  
(Vorname, Nachname des gesetzl. Vertreters)

.....  
(Unterschrift)