

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung zwischen der radiologischen Praxis DiVoCare und Vor-/Weiterbehandlern

Sehr geehrte/r Patient/in,

Ihre Gesundheitsdaten dürfen wir aufgrund gesetzlicher Vorgaben nur mit Ihrer Einwilligung an Dritte (z.B. vor- und nachbehandelnde Ärzte, Kliniken, etc.) kommunizieren bzw. von diesen anfordern. Hiermit bitten wir Sie deshalb um Ihre Einwilligung:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Ich bin damit einverstanden, dass die Radiologische Praxis DiVo Care notwendige Vorbefunde, Laborbefunde, Bilddaten etc. von unten genannten Vorbehandlern / Weiterbehandlern **einholt und/oder übermittelt**.

Ich wünsche eine Befundübermittlung der heutigen Untersuchung an unten genannte Vorbehandler / Weiterbehandler

Arzt 1

(Name und Anschrift)

Arzt 2

(Name und Anschrift)

Arzt 3

(Name und Anschrift)

Die Praxis wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt wurden. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine Datenübermittlung zwischen Vor- und Weiterbehandlern und der radiologischen Praxis DiVoCare statt. Diese Widerrufserklärung ist an die Radiologische Praxis DiVo Care zu richten. Der Widerruf gilt ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser ausgesprochen wird. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung der Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

**Die Aufklärung gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ist erfolgt.
Für weitere Informationen liegt unsere ausführliche Patienteninformation zum Thema Datenschutz für Sie aus.**

Ort, Datum

Unterschrift Patient