

# Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

GEM. ART. 13 DSGVO

Ich bin damit einverstanden,  
dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten von allen mitbe-  
handelnden Ärzten der Praxis eingesehen werden können und / oder an extern mitbehandelnde  
Ärzte/ Labore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mit behandelnden  
Ärzten/Laboren eingeholt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden,  
dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergän-  
zender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.  
Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person  
gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten  
bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche  
Regelungen dagegenstehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teil-  
weise für die Zukunft widerrufen kann.

An folgende Angehörige/Personen dürfen, nach Feststellung der Identität, Behandlungsdaten  
weitergegeben werden:

Name / Adresse / Telefon:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreter)

**Praxis Dr. med. Dominique Zeuß**  
Augustinerstraße 8, 54576 Hillesheim  
Dr. med. Katja Eggeling  
Dr. med. G. Hauke-Broich