

Dear Patient,

The protection of your personal data is important to us.

According to the EU General Data Protection Regulation (GDPR), we are obliged to inform you about the purpose for which our practice collects, stores or transfers of your medical data. For more information please refer to the notice board in the waiting room. You are also welcome to have the information sheet handed over to you.

According to the provisions of the Social Security Code § 73 paragraph 1b SGB V, it is mandatory that your referring doctor or other treating physicians may only receive a medical report on your examination results if you have given your written consent. Therefore, we must ask you to give this consent form.

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig.

Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Bitte beachten Sie dazu den im Wartezimmer befindlichen Aushang. Gerne können Sie sich das Informationsblatt auch aushändigen lassen.

Nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches § 73 Absatz 1b SGB V, ist es zwingend vorgeschrieben, dass Ihr überweisender Arzt bzw. weitere behandelnde Ärzte nur noch dann einen Arztbericht über Ihre Untersuchungsbefunde bekommen dürfen, wenn Sie dazu schriftlich Ihre Einwilligung erklärt haben. Daher müssen wir Sie bitten, diese Einverständniserklärung abzugeben.

Declaration of consent for the collection/transmission of patient data according to § 73 Abs1b SGB V

Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten gemäß § 73 Abs1b SGB V

I, date of birth
(Ich) Surname, first name (Name, Vorname) (geboren am)

residing in I agree:
(wohnhaft in) (erkläre mich einverstanden:)

- I agree with the disclosure of medical records to referring or other treating physicians. (mit der Weitergabe von Befunden an überweisende bzw. weiterbehandelnde Ärzte.)
- I agree with the disclosure of my medical data with laboratories, if needed for further examinations (blood, wound swabs or tissue). (mit der Weitergabe von Daten an Leistungserbringern (Labore), bei erforderlicher Untersuchung von Blut, Wundabstrichen oder Gewebe.)
- The following person(s) are allowed to receive information: (folgende Angehörige bzw. Person/Personen sind auskunftsberechtigt:)

.....
Surname, first name (Name, Vorname) Date of birth (Geburtsdatum)

- The following person(s) are allowed to receive medical records or prescriptions: (an folgende Angehörige bzw. Person/Personen dürfen Rezepte, Verordnungen oder Befunde ausgehändigt werden:)

.....
Surname, first name (Name, Vorname) Date of birth (Geburtsdatum)

I am aware that I can revoke this declaration at any time in whole or in part for the future. (Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.)

.....
place, date (Ort, Datum)

.....
Signature of the patient or legal representative
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)