

**Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten**

---

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ein Informationsblatt zum Datenschutz für Patientinnen und Patienten wird mir auf Wunsch ausgehändigt und ist auch unter <https://kimmel-kardiologie.de/datenschutz/> abrufbar.

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dr. med. Simone Kimmel die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde, insbesondere einen Arztbrief an die von mir angegebenen Ärzte (Hausarzt und Fachärzte) zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung **übermittelt**. Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Praxis Dr. med. Simone Kimmel bei meinen Ärzten vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung in der Praxis Dr. med. Simone Kimmel erforderlich sind, **anfordern** kann. Insbesondere die Anforderung beim Hausarzt ermöglicht es der Praxis Dr. med. Simone Kimmel, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus dessen zentraler Dokumentation zu erhalten.

- Ja
- Nein

Ich bin damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen (Krankenhäuser/Psychotherapeuten/Apotheken/ usw.) zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert und auch an diese übermittelt werden dürfen.

- Ja
- Nein

**Ich wurde darüber aufgeklärt und es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs bleibt die Datenverarbeitung rechtmäßig.**

Neustadt an der Aisch, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten**

---

Mein Hausarzt/vor-/mit-/nachbehandelnder Arzt ist/sind

---

---

---

---

(Name und Anschrift des Hausarztes/vor-/mit-/nachbehandelnden Arztes)

Folgende Personen dürfen Gesundheitsdaten wie Rezepte, Überweisungen oder Arzt-briefe abholen und Auskunft über meine Daten erhalten:

---

---

---

**Ich wurde darüber aufgeklärt und es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bis zum Zeitpunkt des Widerrufs bleibt die Datenverarbeitung rechtmäßig.**

Neustadt an der Aisch, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift