

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Dr. med. Cornelia Ehnert  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
Schloßstraße 8a  
22041 Hamburg  
040 / 681718

## **Einwilligungserklärung des Patienten in die Verarbeitung personenbezogener Daten nach §73 Abs.1b SGB V**

Hiermit willige ich in die Erhebung, Nutzung, Speicherung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis Dr. med. Ehnert ein. Die genannte Praxis erfüllt durch diese Verarbeitung den Leistungsvertrag (Zweckbindung).

Ich entbinde zudem die Ärzte der Praxis Dr. med. Ehnert untereinander von der Schweigepflicht und stimme der Behandlung meiner Person durch alle Ärzte der Praxis Dr. med. Ehnert zu.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass meine behandelnden Ärzte bei anderen Ärzten oder Leistungserbringern vorliegende Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern und für die Erbringung ihrer ärztlichen Leistungen verarbeiten und nutzen dürfen.

Im Einzelnen umfasst das:

- Identifikationsdaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)
- Krankenkassen- und Versicherungsdaten
- Abrechnungs- und Zahlungsdaten
- Gesundheitsdaten (Diagnosen, Befunde, Behandlungsdaten, Röntgenaufnahmen, OP Berichte)

Mit der Online-Übermittlung meiner Daten an folgenden Stellen bin ich einverstanden:

- alle an meiner Behandlung beteiligten Ärzte und Krankenkassen
- den medizinischen Dienst der Krankenkassen
- alle an meiner Behandlung beteiligten Therapeuten
- Sanitätshäuser
- Apotheken
- Labor Dr. Fenner

Die Übermittlung der Daten erfolgt zum Zweck der Sicherstellung meiner Behandlung, Betreuung und Pflege.

Diese Einwilligungserklärung erfolgt freiwillig und kann jederzeit von mir widerrufen werden. Der Widerruf ist nur für die Zukunft möglich und nicht für bereits erfolgte Datenverarbeitungsvorgänge.

Im Falle meines Widerrufs kann es zu Einschränkungen der Leistungen mir gegenüber kommen.

---

(Unterschrift Patient oder Vertreter)