

Einwilligungserklärung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Pat.-Nummer: _____

Laut **Bayerischen Datenschutzgesetz §15 Absatz 1** ist die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten nur zulässig wenn es eine gesetzliche Grundlage oder eine gültige Einwilligungserklärung gibt.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten durch die

**neurologisch, psychiatrische Gemeinschaftspraxis
Dres. med. Schaner, Conrady Walz und Dankwart.**

zu folgenden Zwecken erhoben, angefordert, verarbeitet, sowie -auch telefonisch- weitergegeben bzw. übermittelt werden dürfen: z.B. ärztliche Dokumentation, Qualitätssicherung, Terminplanung, Befunderhebung, Befundübermittlung, Therapieplanung, Abrechnung ärztlicher Leistungen.

- an den Hausarzt (*optional siehe Patientenaufnahmebogen*)
- an den mit/weiterbehandelnden Arzt/ überweisenden Arzt (*optional siehe Patientenaufnahmebogen*)
- an medizinische Einrichtungen (*Radiologie/Physiotherapiepraxen/Krankenhäuser usw.*)
- an Krankenkassen / Berufsgenossenschaften
- an gesetzliche Betreuer, Angehörige bei bestehender Vollmacht oder vorliegender Einverständnis

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner wurde ich darüber aufgeklärt, dass ich meine Einverständnis grundsätzlich verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Meine Widerrufserklärung richte ich an die

**neurologisch, psychiatrische Gemeinschaftspraxis
Dres. med. Schaner, Conrady Walz und Dankwart.**

Nach Zugang meiner Widerrufserklärung werden meine Daten nicht mehr weiter verarbeitet oder weitergegeben, müssen jedoch gemäß aktueller Gesetzeslage für bis 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung- archiviert werden.

Datum, Unterschrift des Patienten/der Patientin:
