



## Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

Nachname: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_ Handy Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_ Nebenkostenträger: \_\_\_\_\_



Ich bin darauf hingewiesen worden und erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten durch die Druckkammerzentren Rhein Main Taunus GmbH zu folgenden Zwecken erhoben, gespeichert und verwendet werden:

- Pflege der Kontaktdaten
- Erfüllung des Behandlungsvertrages
- Abrechnung erbrachter Leistungen mit den Abrechnungsstellen
- Therapeutische Dokumentation
- Erstellung von Behandlungsberichten und Arztbriefen

### Auskunft, Berichtigung, Löschung, Sperrung, Widerspruch, Beschwerde

Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen.

Ich habe darüber hinaus das Recht zur Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde.

**Hausarzt:**

\_\_\_\_\_  
(Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon, FAX, E-Mail)

**Facharzt:**

\_\_\_\_\_  
(Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon, FAX, E-Mail:)



## Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung

### Datenübermittlung nach §17 c Abs. 5 KHG:

Ich bin damit einverstanden, dass die Druckkammerzentren Rhein-Main-Taunus GmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten nach Maßgabe des § 301 SGB V maschinenlesbar an Krankenversicherungsunternehmen übermittelt (AVB). Zu diesem Zwecke bin ich damit einverstanden, dass die Druckkammerzentren Rhein-Main-Taunus GmbH bei meiner Krankenversicherung meine persönlichen Versicherungsdaten sowie meinen bestehenden Versicherungsschutz, soweit dies zum Zwecke der Behandlung und deren Abrechnung notwendig ist, abfragen darf.

Ja  Nein

Ich willigen ein, dass die erhobenen Behandlungsdaten meiner Person zweckgebunden im Rahmen von besonderen Qualitätssicherungsmaßnahmen pseudoanonymisiert und verschlüsselt an projektbezogene Auswertungsbeauftragte weitergeleitet werden dürfen.

Ja  Nein

### Datenübermittlung zwischen Hausarzt, weiterbehandelnden Arzt und/oder überweisenden Arzt (Einverständniserklärung gem. § 73 Abs. 1b SGB V):

Ich bin damit einverstanden, dass die Druckkammerzentren Rhein-main-Taunus GmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen **Hausarzt, weiterbehandelnden Arzt und/oder überweisenden Arzt** zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt, weiterbehandelnden Arzt und/oder überweisenden Arzt.

Ja  Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass die Druckkammerzentren Rhein-Main-Taunus GmbH die bei meinem **Hausarzt, weiterbehandelnden Arzt und/oder überweisenden Arzt** vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann.

Diese Anforderung ermöglicht es den Druckkammerzentren Rhein-Main-Taunus GmbH, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes, weiterbehandelnden Arzt und/oder überweisenden Arzt zu erhalten. Die Druckkammerzentren Rhein-Main-Taunus GmbH wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja  Nein

Die vorstehende Erklärung habe ich vollständig gelesen und in Ihrer Bedeutung erfasst. Ich gebe Sie in freier Entscheidung ab.

\_\_\_\_\_  
Wiesbaden, den

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsvollmacht

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten  
(bei minderjährigen Patienten:  
des oder der Sorgeberechtigten)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertreters