



### Einwilligung in die Datenübermittlung

(Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 a), Art. 9 Abs. 2 a) DS-GVO bzw. Einverständniserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 a), Art. 9 Abs. 2 a), h), Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO i.V.m. §73 Abs. 1b SGV V bei Kassenärztlicher Versorgung)

Patientenname, -geburtsdatum und -Anschrift:

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnden Augenärzte,

Dr. med. Sabine Stelzle (FÄ f. Augenheilkunde) & Fabian Stelzle (FA f. Augenheilkunde),

die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt, Vor- und Weiterbehandler zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermitteln. Die Übermittlung dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt, Vor- und Weiterbehandler.

Ja

Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass meine o.g. Ärzte die bei meinem Hausarzt und Vorbehandler vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Mein o.g. Arzt wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja

Nein

Mein Hausarzt / Meine Hausärztin ist: \_\_\_\_\_

Mein Vorbehandler ist: \_\_\_\_\_

Mein Weiterbehandler ist: \_\_\_\_\_

**Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung statt. Diese Widerrufserklärung ist an die o.g. Augenarztpraxis zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.**

Burg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzl. Vertreter



**Augenarztpraxis Stelzle**

Dr. med. Sabine Stelzle & Fabian Stelzle  
Bahnhofstr. 9 | 03096 Burg (Spreewald)

### **Kenntnisnahme der Patienteninformation nach Art. 12 ff. Datenschutzgrundverordnung**

Eine ausführliche Information über die Verarbeitung meiner Daten in der Praxis meiner mich behandelnden Ärzte habe ich zur Kenntnis genommen.

Behandelnde Ärzte:

Dr. med. Sabine Stelzle (FÄ f. Augenheilkunde) & Fabian Stelzle (FA f. Augenheilkunde)

Bahnhofstr. 9

03096 Burg (Spreewald)

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

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_