

MVZ für Neurologie und Psychotherapie Pirna  
Leglerstraße 1, 01796 Pirna  
mit Außenstelle Arnsdorf  
Hufelandstraße 15, Haus B2, 01477 Arnsdorf

### Einwilligung zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

#### 1. Versorgung und Behandlung nach dem Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V)

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestands des Behandlungsverhältnisses mit der o.g. Praxis mein Vertragsarzt/Therapeut mich betreffende Behandlungsdaten, Befunde und Verordnungen bei anderen Ärzten, Therapeuten und weiteren medizinischen Leistungserbringern (Krankenhäuser, Pflegedienste, etc.) jeweils auf gesetzlicher sowie vertraglicher Grundlage zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln bzw. übergeben darf, soweit es für meine Behandlung erforderlich ist.

- ☐ uneingeschränkt (mitbehandelnde Ärzte sowie Leistungserbringer)
- ☐ ausschließlich an nachfolgende Ärzte oder Leistungserbringer

(Hier bitte Praxisname(n) und entsprechende Anschrift eintragen)

- ☐ abgelehnt

#### 2. Berechtigung Dritter (optional)

Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgend benannte Dritte aufgelistete Daten (Zutreffendes bitte ankreuzen) von der oben genannten Praxis übermittelt bzw. übergeben werden dürfen

##### Angehörige/Lebenspartner/Sonstige Berechtigte

|                                                                                                                                                      |                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> personenbezogene Daten<br><input type="radio"/> Behandlungs- und Befunddaten<br><input type="radio"/> Rezepte und Verordnungen | a) Name, Vorname, Geburtsdatum<br>_____<br>_____<br>ggf. Angabe Beziehungen/ Verwandtschaft z. B. Ehepartner |
| <input type="radio"/> personenbezogene Daten<br><input type="radio"/> Behandlungs- und Befunddaten<br><input type="radio"/> Rezepte und Verordnungen | b) Name, Vorname, Geburtsdatum<br>_____<br>_____<br>ggf. Angabe Beziehungen/ Verwandtschaft z. B. Ehepartner |
| <input type="radio"/> personenbezogene Daten<br><input type="radio"/> Behandlungs- und Befunddaten<br><input type="radio"/> Rezepte und Verordnungen | b) Name, Vorname, Geburtsdatum<br>_____<br>_____<br>ggf. Angabe Beziehungen/ Verwandtschaft z. B. Ehepartner |

##### Transportunternehmen/Fahrdienst

- ☐ personenbezogene Daten

Mir ist bewusst, dass von o.a. berechtigten Dritten, sowie med. Leistungserbringern der Ziffer 1), ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind.

#### 3. Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgte Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters