**Einwilligung in die Datenverarbeitung**

Hiermit willige ich \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsdatum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Adresse

ein, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde von meinem behandelnden Arzt /Psychotherapeuten

Praxisname und Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(bitte zutreffendes ankreuzen)

**an** die nachfolgend benannten weiterbehandelnden Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser oder sonstigen medizinischen Leistungserbringer

Name und Adresse des Empfängers: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name und Adresse des Empfängers: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name und Adresse des Empfängers: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

zum Zwecke der durchzuführenden Dokumentation und weiteren Behandlung übermittelt werden dürfen.

**von** den nachfolgend benannten Ärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern oder sonstigen medizinischen Leistungserbringern

Name und Adresse des Empfängers: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name und Adresse des Empfängers: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name und Adresse des Empfängers: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erhoben werden dürfen.

Auf die „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurde ich hingewiesen und ich habe diese inhaltlich zur Kenntnis genommen.

**Widerruf**

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung gegenüber meinem behandelnden Arzt/Psychotherapeuten jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenübermittlungen bleiben rechtmäßig.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift des Patienten (ggf. des gesetzlichen Vertreters)