

## *Einwilligung mit Widerspruch*

### Einverständniserklärung Informationsweitergabe

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

- Ich bin damit einverstanden, dass Daten, die für meine Betreuung notwendig sind, erhoben und verarbeitet werden. Ein entsprechendes Informationsblatt zum Datenschutz liegt im Wartezimmer der Gemeinschaftspraxis aus.
- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften (Patientenrechtegesetz, EU-DSGVO) meine Behandlungsdaten an meinen Hausarzt, sowie an mitbehandelnde Fachärzte und Kliniken bei denen ich in Behandlung bin oder bei denen eine Behandlung vorgesehen ist, schriftliche Berichte in Form von Arztbriefen, Laborbefunde oder Untersuchungsbefunde per Post oder Fax übermittelt und angefordert werden dürfen. Des Weiteren darf an mitbehandelnde Ärzte telefonische Auskunft erteilt werden.
- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen (z.B. für interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahmen) zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen (z.B. APP) über den Behandlungsfall hinaus einverstanden
- Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Dres. Wildemann-Gilbert/Bechtold mich telefonisch kontaktiert um Absprachen zu meinem Termin zu treffen oder z.B. Befunde mitzuteilen
- Ich willige ein, dass die Praxis Dres. Wildemann-Gilbert/Bechtold mir an meine E-Mail-Adresse ohne weitere Sicherungsmaßnahmen (Verschlüsselung) E-mails über anstehende Termine, Werte übermitteln darf. Ich stimme hiermit insbesondere ausdrücklich der unverschlüsselten Übermittlung von besonderen personenbezogenen Daten

# + Dr. Jörg Bechtold

Facharzt für Innere Medizin  
Privatkassen und Selbstzahler

(§ 3 Abs. 9 BDSG, Daten über Gesundheit) per E-Mail oder sonstigen elektronischen Übermittlungswegen (Sensor) durch die Arztpraxis zu.

- Ich willige ein, dass die Praxis Dres. Wildemann-Gilbert/Bechtold auf meinen Wunsch Rezepte, Verordnung häusliche Krankenpflege per Fax an eine von mir angegebene Apotheke/Pflegedienst sendet.
- Ich bin damit einverstanden, dass Informationen an folgende Angehörige weitergegeben werden, nachdem deren Identität festgestellt wurde.

Herr/Frau: \_\_\_\_\_

---

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Nowackanlage 15-17  
76137 Karlsruhe  
praxis@internisten-karlsruhe.de