



Bonn, den _____

Einwilligung zur Datenübermittlung

NAME: _____
GEBURTSDATUM: _____
ANSCHRIFT: _____
HANDYNUMMER: _____
EMAIL: _____

Bitte überprüfen Sie die oben stehenden Angaben und korrigieren Sie diese gegebenenfalls.

Ich willige ein, dass meine Mobilnummer und/oder E-Mail-Adresse zur Terminvereinbarung sowie zur Erbringung unserer Behandlung genutzt werden darf.

Ich bin einverstanden, dass meine Behandlungsdaten, Befunde und Bildaufnahmen gespeichert, verarbeitet und übermittelt werden dürfen – auch zur Abrechnung mit Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Gesundheitsämtern.

Wenn ich gesetzlich versichert bin, wird mein Befund automatisch an den überweisenden Arzt gesendet.

Desweiteren stimme ich zu, dass meine Daten im Rahmen der Behandlung z.B. an Labore oder bei einem medizinischem Notfall an folgende Personen/Einrichtungen weitergegeben werden dürfen:

☐ Ja	☐ Nein	Angehörige (oder ggf. gesetzliche/n Betreuer/in) Name:
☐ Ja	☐ Nein	Hausarzt Name:
☐ Ja	☐ Nein	Weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser
☐ Ja	☐ Nein	Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde/Voruntersuchungen, bei anderen Praxen/Krankenhäusern (z.B. Laborwerte, Vergleichsbilder, etc.) angefordert werden dürfen.

Außerdem bin ich damit einverstanden, dass meine Untersuchungsergebnisse (Befunde, Bilder, etc.) auf meiner **ePA (elektronische Patientenakte)** und/oder im **Patientenportal der Praxis (QR-Code)**, für mich und/oder Dritte bereitgestellt werden dürfen.

☐ Ja ☐ Nein elektronische Patientenakte (**ePA**) bei Ihrer Krankenkasse
☐ Ja ☐ Nein Zugang zu *unserem* eigenen Praxis-Patientenportal mittels **QR-Code**

Hinweis: Die Einwilligung ist jederzeit widerrufbar und alle 2 Jahre zu erneuern.

Ort/ Datum

Bonn den,

Unterschrift des Patienten/ der Patientin