

# Einwilligungserklärung zur Erhebung von Patientendaten

Ich

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

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

erkläre mich einverstanden, dass von der **Hebammenpraxis Karola Wehler**, meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz von meiner Hebamme Karola Wehler ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Hebammen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters

# Einwilligungserklärung zur Übermittlung von Patientendaten

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer telefonisch, per Fax, E-Mail oder per Post übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise Arztbriefe, histologische Befunde, Medikamente die über Apotheken für mich bestellt werden, auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters