

Dr. med. Frank Engelmann  
Internist, Diabetologe DDG

Lindenerstr. 140  
52146 Würselen

Tel 02405-72600  
Fax 02405-73370  
dsp-engelmann.de

## PATIENTENEINWILLIGUNG BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nach Behandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

## EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit willige ich,

Name: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei Dr. Engelmann in Würselen an (namentlich benennen!!!)

den weiterbehandelnden Arzt \_\_\_\_\_

das Krankenhaus \_\_\_\_\_

das Labor Dr. Stein in Mönchengladbach

\_\_\_\_\_

weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift

**Dr. med. Frank Engelmann**  
Internist, Diabetologe DDG

Lindenerstr. 140  
52146 Würselen

Tel 02405-72600  
Fax 02405-73370  
dsp-engelmann.de

## PATIENTENEINWILLIGUNG PRAXISORGANISATION

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
in der Ihnen bekannten „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihnen unsere Service-Angebote anbieten zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung. Diese können Sie uns im Folgenden erteilen:

## EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit erkläre ich,

Name: \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

dass ich damit einverstanden bin, dass Dr. Engelmann in Würselen meine Daten für

**einen Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorge-Untersuchungen und Termine per**

**E-Mail**

**Telefon nur persönlich**

**Telefon auch gegenüber Angehörigen oder einem Anrufbeantworter unter der angegebenen Rufnummer**

verwenden darf.

**Rezepte und medizinische Dokumente sowie Informationen dürfen übergeben werden an**

\_\_\_\_\_  
(konkrete Benennung Angehöriger, Pflegedienste, Apotheken; Telefonnummern)

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Die Einwilligungen sind freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum Unterschrift