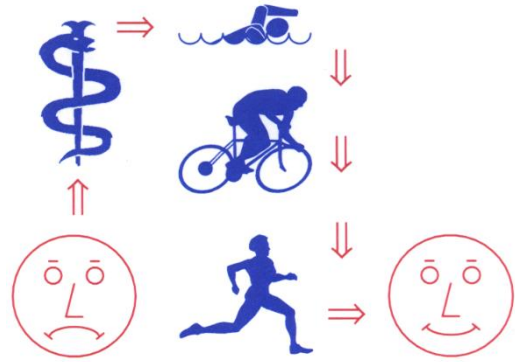


SCHMERZPRAXIS

Dr. med. Michael Kuschelewski, Freiburger Ring 12, 68309 Mannheim

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten



Ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. med. Michael Kuschelewski meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art der erhobenen Daten
- über die Rechtsgrundlage der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/ Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/ Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerten) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen des Widerrufs aufgeklärt worden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient(in)/ gesetzliche(r) Vertreter(in)/ Vertretungsberechtigte(r)

(Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.)