 Kinderwunschzentrum Aalen Dr. med. Rainer Rau	DSG- VO Dr. med. Rainer Rau	Version 5	
Nächste Aktualisierung 25.01.2024	Standard	ID 568	Seite 1 von 4

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Art. 6, 7 Abs.1 lit. A DSGVO.

Bitte geben Sie dieses ausgefüllte und unterschriebene Formular vor Ihrer Behandlung an die Praxis Dr. med. Rainer Rau zurück.

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ, Ort	

Ich stimme hiermit der Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck

- der Erbringung der vereinbarten Datenverarbeitung zur Erfüllung des Behandlungsvertrages mit der Praxis Dr. med. Rainer Rau bzw. zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen für diese Behandlungsverträge (Art. 6 Abs. 1 lit. B.DSGVO)
- der Wahrnehmung gesetzlicher Dokumentationsverpflichtungen (Art. 6 Abs.1 lit. c. DSGVO) unter anderem Übermittlung der verschlüsselten Daten bei einer Fertilitätsbehandlung an das DIR (Deutsche IVF-Register), FertiPROTEKT und QS ReproMed zum Zweck der Qualitätssicherung von IVF-Zentren
- der Verwaltung und Abrechnung erbrachter medizinischer Leistungen, Überweisungen, Entlassungsmitteilungen, Befunderhebungen, Berichte oder Transport-Bescheinigungen
- im Rahmen der Forderungsdurchsetzung (Art. 6 Abs. 1 lit. f. DSGVO)

durch die Praxis Dr. med. Rainer Rau zu.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten orientiert sich am Grundsatz der Erforderlichkeit und Vertraulichkeit. Die Verarbeitung erfolgt ausschließlich durch ärztliches oder sonstiges Personal, das einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegt.


Gegenstand der verarbeiteten Daten sind:

- Personenstammdaten (z. B. Name, Adresse, Geburtsdatum)
- Kommunikationsdaten (z. B. Telefon, E-Mail)
- Medizinische Daten, soweit sie für die Vorbereitung, Durchführung und Abrechnung der Rehabilitation notwendig sind.

Mein Einverständnis erfolgt freiwillig, ist jedoch für die Durchführung der Behandlungsmaßnahme erforderlich. Mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung verweigern oder jederzeit schriftlich (Kinderwunschzentrum Praxis Dr. med. Rainer Rau Aalen, Weidenfelder Str. 1, 73430 Aalen) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung erfolgten Verarbeitung bis zum Widerruf nicht berührt (Art.7 Abs. 3 DSGVO). Nach Erhalt des Widerrufs werden Ihre personenbezogenen Daten nicht weiter genutzt.

<i>Ort, Datum</i>	<i>Unterschrift</i>

 Kinderwunschzentrum Aalen Dr. med. Rainer Rau	DSG- VO Dr. med. Rainer Rau	Version 5	
Nächste Aktualisierung 25.01.2024	Standard	ID 568	Seite 2 von 4

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Einverständniserklärung

zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V durch den Facharzt

Ich _____
(Vorname, Name) _____
(Geburtsdatum)

(Wohnort)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der beim Hausarzt, zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.
- mein behandelnder Arzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.
- mein behandelnder Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zweck der von meinem behandelnden Arzt, zu erbringende ärztliche Leistungen verarbeitet und nutzt.


Mein Hausarzt ist:

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten
bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen.

 Kinderwunschzentrum Aalen <small>Dr. med. Rainer Rau</small>	DSG- VO Dr. med. Rainer Rau	Version 5	
Nächste Aktualisierung 25.01.2024	Standard	ID 568	Seite 3 von 4

Vollmacht zur Abholung von Rezepten/ Verordnungen/ Befunden durch Angehörige oder andere Personen

Liebe Patientin, lieber Patient,

nach der neuen Datenschutzgrundverordnung dürfen wir keine Rezepte/Verordnungen/Befunde ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung an Angehörige oder andere Personen zur Abholung herausgeben.

Wenn Sie wünschen, dass Ihre Rezepte/Verordnungen/Befunde durch einen Angehörigen oder eine andere Person abgeholt werden, füllen Sie bitte die Einwilligungserklärung unten entsprechend aus und unterzeichnen diese. Wir weisen darauf hin, dass auf Basis von Rezepten/Verordnungen/Befunden ein Rückschluss auf das jeweilige Krankheitsbild möglich sein kann.

Teilen Sie bitte zudem dem Abholer mit, dass er sich bei der Abholung entsprechend ausweisen muss.

Ohne die unterschriebene Einwilligungserklärung ist keine Abholung Ihrer Rezepte/Verordnungen/Befunden durch einen Angehörigen oder eine andere Person möglich.

Einwilligungserklärung

Ich
[Name, Vorname, Geb.-Datum]

willige ein, dass Rezepte/Verordnungen/Befunde meiner aktuellen Behandlung

.....
[Name, Vorname, Geburtsdatum]

.....
[Name, Vorname, Geburtsdatum]

zur Abholung ausgehändigt werden dürfen.


Die Einwilligung gilt für (bitte ankreuzen):

- ein einmaliges Rezept/Verordnung/Befunde
- wiederkehrende Rezepte/Verordnung/Befunde

Ich habe die obigen Hinweise zur Abholung von Rezepten/Verordnungen/Befunde durch Angehörige und anderen Personen gelesen und verstanden.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....
Datum, Unterschrift Patientin/Patient

 Kinderwunschzentrum Aalen Dr. med. Rainer Rau	DSG- VO Dr. med. Rainer Rau	Version 5	
Nächste Aktualisierung 25.01.2024	Standard	ID 568	Seite 4 von 4

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Einverständniserklärung zur Übermittlung von Patientendaten per E-Mail

Ich _____
(Vorname, Name)

(Geburtsdatum)

(Wohnort)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein behandelnder Arzt mich per E-Mail kontaktieren darf

Meine E-Mail ist:

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten
bzw. gesetzlichen Vertreters)