

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten geb. am		
Kostenträgerkenng.	Vers.-Nr.	Status
Betr.stättennr.	Arzt-Nr.	Datum



**Onkologie Hochrhein**  
www.Onkologie-Hochrhein.de

**Endoskopie/Kardiologie**  
www.Dr-Hoffmeister.de

**Dr. Philipp Hoffmeister**  
Innere Medizin  
Hämatologie/Onkologie  
Endoskopie

**Dr. Axel Baumgarten**  
Innere Medizin  
Hämatologie/Onkologie  
Ambulante Chemotherapie

**Dr. Jutta Wucher**  
Innere Medizin  
Kardiologie

## Einverständniserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Hoffmeister/ Dr. Baumgarten/ Dr. Wucher meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Im Wartebereich der Praxis liegen entsprechende Informationsblätter zum Datenschutz aus.

### Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mein Hausarzt, der überweisende Arzt und andere Leistungserbringer mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde erhalten dürfen. Darunter fallen z. B. auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnosen erforderlich sind.
  - meine Daten, Befunde und Arztbriefe elektronisch übermittelt werden dürfen (per Fax oder gesicherter VPN- Leitung).
  - mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden dürfen.
  - die Praxis mich für Terminbestätigungen, Nachfolgeuntersuchungen und wiederkehrende Untersuchungen (Recall) anrufen darf.
- Nichtzutreffendes bitte durchstreichen! -

Diese Einwilligungserklärung gilt bis auf Widerruf, den ich der Praxis jederzeit schriftlich zukommen lassen kann. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich für nicht eingehaltene und nicht rechtzeitig abgesagte Termine (mindestens 24h) eine Ausfallpauschale von 50 Euro zu zahlen habe, bei einer Magen- oder Darmspiegelung (mindestens 48 h) von 150 Euro.

---

### Hausarzt (unbedingt auszufüllen)

**Folgende Personen/ Angehörige (vollständiger Name)** dürfen Informationen über meine Behandlung/ Diagnose bekommen und Unterlagen/ Rezepte für mich in der Praxis abholen.

---

**Name, Vorname**

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters**