

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten (gem. § 73 Abs. 1 b SGB V) und Terminerinnerung per SMS/E-Mail

Hiermit erkläre ich _____,
geboren am _____,
wohnhaft _____
(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

mich einverstanden, dass (bitte kreuzen Sie an!)

- ☐ **das Zentrum für Radiologie und Nuklearmedizin Wetterau untersuchungsrelevante Unterlagen anfordern und diese verarbeiten darf**
(der mich behandelnde Arzt bei meinem überweisenden Arzt / Hausarzt, anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.)
- ☐ **das Zentrum für Radiologie und Nuklearmedizin Wetterau Untersuchungsergebnisse, z.B. Befunde, an den überweisenden Arzt versenden darf**
(mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim überweisenden Arzt / Hausarzt zu führenden Dokumentation der weiteren Behandlung an meinen überweisenden Arzt übermittelt.)
- ☐ **das Zentrum für Radiologie und Nuklearmedizin Wetterau Untersuchungsergebnisse, z.B. Befunde, an den NICHT überweisenden Arzt versenden darf.**
(mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim NICHT überweisenden Arzt führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an einen NICHT überweisenden Arzt übermittelt.)

Terminerinnerungen per SMS / E-Mail

Um Terminausfälle zu verhindern, möchten wir Sie mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS an Ihren Termin erinnern.

- ☐ **Ich bin einverstanden, dass mich die Praxis zum Zweck der Terminerinnerung, Bestätigung oder Verschiebung per**

SMS

E-Mail

kontaktieren darf.

Wir weisen Sie darauf hin, dass SMS und E-Mails unverschlüsselt auf Ihr Telefon versendet werden und damit unter Umständen von unberechtigten Dritten mitgelesen werden können. Um sicherzustellen, dass wir unsere Nachricht auch immer an den richtigen Empfänger senden, bitten wir Sie, uns umgehend zu benachrichtigen, wenn sich Ihre Handynummer oder E-Mailadresse ändert.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum

Unterschrift
ggf. gesetzlicher Vertreter