

**Frauenärztliche Gemeinschaftspraxis**  
**Dr. med. Sibylle Seibold, Dr. med. Stefanie Trölitersch**  
**Rosenauer Str. 27, 96450 Coburg Tel: 09561/92261, Fax: 09561/76258**

## **E I N V E R S T Ä N D N I S E R K L Ä R U N G**

zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten gem. Art 13 DSGVO

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte, Pflegedienste und soziale Dienste übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen behandelnden Ärzten, Pflegediensten und sozialen Diensten eingeholt werden dürfen.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor oder Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck des Screenings, Routine- und Kontrolluntersuchung übermittelt werden dürfen.

### **Für Nutzerinnen der elektronischen Patientenakte ePA:**

Mir ist bekannt, dass die Praxis gesetzlich verpflichtet ist, Daten aus meiner aktuellen Behandlung in meine ePA einzustellen und dass ich diese Daten selbst verwalten kann. Ich habe ein Recht zum Widerspruch, insbesondere bei der Einstellung von sensiblen Daten wie psychischen Diagnosen, sexuell übertragbaren Erkrankungen (STDs), Schwangerschaftsabbrüchen oder genetischen Untersuchungen.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Bis auf Widerruf gilt diese Zustimmung auch für weitere Laboraufträge.

An folgende Angehörige/Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

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

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

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreters)