



Dr. Olaf Germeroth  
Dr. Michael Seeber  
Dr. Petra Böttler

Einwilligungserklärung zur  
Erhebung / Übermittlung von  
Patientendaten

Gemeinschaftspraxis für Kinder- / Jugendmedizin  
Tel.: 0761 – 292 50 10

Ich \_\_\_\_\_ erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dres.  
Germeroth/ Seeber und Böttler, die Patientendaten meines Kindes \_\_\_\_\_

erhoben und verarbeitet werden dürfen. Ein Informationsblatt zum Datenschutz wurde von mir zur  
Kenntnis genommen. Ich konnte Rückfragen stellen

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen und 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 Blutwerte) in  
Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

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

Optional:

Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung  
hinausgehen, zu

- Terminerinnerungen per E-Mail, Telefon und auf dem Postweg
- Befunde an mich per Fax/ E-Mail und auf dem Postweg gesendet werden dürfen
- Befunde per Fax an andere (Ärzte/ medizinische Einrichtungen) gesendet werden dürfen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw gesetzlichen Vertreters