

Praxisgemeinschaft  
**Dr. med. Bernd Wilke, FA Innere Medizin/ Rheumatologie/ Hausarzt**  
**Cornelia Wilke, FÄ für Physikalische und Rehabilitative Medizin**  
Mockauer Str. 123, 04537 Leipzig, Tel.: 0341 60051350 / Fax: 034160051359

## Datenschutzrechtliche Einverständniserklärung

für die Verarbeitung von personenbezogenen Patientendaten gemäß Art.6 Abs. 1 lit. a, Art. 7 DSGVO

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Hiermit stimme ich der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Erfüllung praxiseigener Behandlungsverträge, der Abrechnung gegenüber der KV Sachsen oder externen Abrechnungsstellen sowie der Kooperation mit sonstigen, im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Dienstleistern (Labor, etc.) durch die oben genannte Praxis zu.

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass das Praxispersonal von der Schweigepflicht entbunden wird, um Auskünfte oder Berichte über mich an mitbehandelnde Fach- und Hausärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen, Gesundheitsamt sowie an folgende Personen (vollständiger Name) bzw. Institutionen weitergeben zu können.

Dokumente, welche mich betreffen und im Zusammenhang mit der ärztlichen Behandlung ausgestellt wurden (z.B. Rezepte, Heil- u. Hilfsmittelverordnungen), dürfen

- an meine Angehörigen (genau benennen)
- an Apotheken, Heilmittelerbringer oder Hilfsmitteldienstleister
- an Pflegeheime/-dienste oder Sozialdienste

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

abgegeben/ versendet werden. Ausgenommen sind

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass

- die Ärzte der Praxisgemeinschaft Wilke bei gemeinsamer Behandlung in Befunde der mitbehandelnden Praxisgemeinschaftspartner Einsicht nehmen dürfen.
- ich namentlich aus dem Wartezimmerbereich aufgerufen werde.

Meine patientenbezogenen Daten verbleiben in meiner Patientenakte und werden mindestens 10 Jahre gespeichert.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich gegenüber der Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs.3 DSGVO). Mir ist auch bekannt, dass ein Widerruf meiner Einwilligung die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient(in)