

**Dr. med. Axel Federmann**  
**Dr. med. Ulf Schröder**  
Fachärzte für Orthopädie  
Neheimer Markt 3 • 59755 Arnsberg  
Telefon 02932/28913 • Telefax 02932/29812  
E-mail: [datenschutz@orthopaedie-neheim.de](mailto:datenschutz@orthopaedie-neheim.de)  
Homepage: [www.orthopaedie-neheim.de](http://www.orthopaedie-neheim.de)

Datum 25.05.18

## **PATIENTENEINWILLIGUNG BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS / PRAXISORGANISATION**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,  
mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore, Physiotherapeuten) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer, sowie eigene Serviceleistungen nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

### **EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE**

Hiermit willige ich,

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

E-Mail (nur zur Kontaktaufnahme):

Telefonnummer (nur zur Kontaktaufnahme):

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei Dr. med. Axel Federmann und Dr. med. Ulf Schröder, Neheimer Markt 3, 59755 Arnsberg an

- den weiterbehandelnden bzw. vorbehandelnden Arzt
- das Krankenhaus
- das Labor
- weitere Leistungserbringer, z.B. Physiotherapeuten
- direkte Angehörige
- die Firma Compugroup (nur nach Einloggen und E-Mail-Verifizierung über Homepage zum Zwecke der Terminvergabe, bzw. für Folgerezepte)

- praxisinternes „Recall“ bei wichtigen Diagnosen
- Beantwortung Ihrer geschickten Emails durch die Praxis

weitergegeben und bearbeitet werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Desweiteren bin ich damit einverstanden mit Namen im Wartezimmer aufgerufen zu werden.

59755 Arnsberg, den

*Datum*

*Unterschrift Patient*