



Ihre Radiologen
in Karlsruhe und Durlach

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Barcode	Name: _____
	Vorname: _____
	Geburtsdatum: _____

In der Praxis **iRad-KA** werden meine Patientendaten im Rahmen meiner Behandlung verarbeitet. Auf ein Informationsblatt, welches mehrfach in der Praxis aushängt, und mir auch auf Wunsch zusätzlich ausgehändigt werden kann, wurde ich hingewiesen. Ich wurde informiert über den Umfang und die Art meiner Daten, die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung und die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass (bitte ankreuzen)

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten (Hausärzte, Internisten, Chirurgen, Orthopäden, Neurologen, Laborärzte u. a.) und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können,
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Befunde, Bilder und Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind,
- die Nutzung unseres Zuweiserportals für berechtigte Ärzte für den Abruf meiner Bilder erfolgen darf,
- meine Daten zum Zweck der Information und Terminerinnerung über den Behandlungsfall hinaus genutzt werden dürfen. Diese Informationen und Erinnerungen dürfen auch an
 - Meine Angehörigen weitergegeben werden
 - Auf dem Anrufbeantworter oder der Mobilbox hinterlassen werden
- Bei zukünftigen Terminvereinbarungen bin ich mit einer Terminerinnerung per Email einverstanden:

Emailadresse

- Bei zukünftigen Terminvereinbarungen bin ich mit einer Terminerinnerung per SMS einverstanden:

Mobilnummer

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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen
Vertreters