Name des Patienten:	*Patientenaufkleber*

*„**Einwilligung in die Übermittlung von Behandlungsdaten***

Liebe Patientinnen und Patienten,

aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen (Art. 9 DS-GVO, § 22 BDSG in der ab dem 25. Mai 2018 geltenden Fassung in Verbindung mit § 73 Abs. 1b SGB V) dürfen wir Sie betreffende Behandlungsdaten und Befunde nur an andere Ärzte zum Zwecke Ihrer (Weiter-) Behandlung weitergeben, wenn Sie uns dazu konkret auffordern oder in die Übermittlung einwilligen.
Im Laufe der Behandlung kommt es immer wieder vor, dass mitbehandelnde ärztliche Stellen (Fachärzte, Krankenhäuser, MDK) Behandlungsdaten und Befunde von uns für Ihre weitere ärztliche Behandlung benötigen. Dazu können wir Ihnen auf Anfrage jederzeit Kopien Ihrer Behandlungsdaten und Befunde zur Verfügung stellen, damit Sie diese bei den mitbehandelnden Stellen vorlegen können. Zur Vereinfachung des Verfahrens können wir aber die entsprechenden Behandlungsdaten und Befunde auch direkt an Ihre mitbehandelnden Ärzte übermitteln, ohne dass Ihnen dadurch zusätzlicher Aufwand entsteht. Dazu benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Nur wenn dieses vorliegt, werden wir Ihre Behandlungsdaten und Befunde an die mitbehandelnden ärztlichen Stellen weitergeben (übermitteln).
Deshalb bitten wir Sie, die Ihrem Willen entsprechende Aussage anzukreuzen und diesen Bogen unten zu unterschreiben.

☐ *Ich bin damit einverstanden, dass der überweisende Arzt/die überweisende Ärztin die mich betreffenden Behandlungsdaten / Befunde erhält, ohne dass ich dazu schriftlich aufgefordert habe. Ich erkläre, dass der überweisende Arzt/die überweisende Ärztin berechtigt ist, in die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde bei der Radiologie Hoheluft zu erheben und diese für meine weitere Behandlung zu verarbeiten.*

(Zusätzlich zu dieser Aussage können Sie auch den zweiten Punkt ankreuzen)

☐ *Ich bin damit einverstanden, dass auch andere mitbehandelnde Ärzte auf deren Anfrage die mich betreffenden Behandlungsdaten / Befunde erhalten, wenn diese in Ihrer Anfrage gegenüber der Radiologie Hoheluft nachweisen, dass ich in die Erhebung der mich betreffenden Behandlungsdaten / Befunde bei der Radiologie Hoheluft und Verarbeitung im Rahmen meiner weiteren Behandlung gegenüber dem mitbehandelnden Arzt/ der mitbehandelnden Ärztin eingewilligt habe.*

oder ☐ *Ich wünsche ausdrücklich, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde **NUR** auf meine schriftliche Anfrage hin an mitbehandelnde Ärzte herausgegeben werden. In der Anfrage werde ich den Arzt/die Ärztin, an die die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde übermittelt werden sollen, konkret benennen.*

(Wenn Sie diese Aussage ankreuzen, schließt dies die vorhergehenden Aussagen aus)

Diese Einwilligung können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch eine Nachricht an uns widerrufen. (Ort, Datum und Unterschrift)“

....., den ....
(Ort) (Datum) (Unterschrift Patient)