



Praxis Mitte  
Caldenhofer Weg 130a  
59063 Hamm/Westf.

Praxis Herringen  
Neufchateaustraße 7  
59077 Hamm/Westf.

## Einwilligungserklärung zum Datenschutz

---

Name

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Gesetzlicher Vertreter (falls vorhanden)

---

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

---

Telefon

E-Mail

- Mit meiner Unterschrift willige ich in die Erhebung, Speicherung und Nutzung von Daten zum Zweck der Diagnostik, Behandlung und Nachsorge ein.
- Ich willige in die Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner Kontaktdaten ein. Die Kontaktaufnahme soll erfolgen durch (**bitte ankreuzen**):
  - Telefon
  - SMS \_\_\_\_\_  
Hier bitte eine Mobilfunknummer eintragen
  - E-Mail
- Ich willige in die Erstellung, Speicherung und Nutzung von Fotos/Aufnahmen zum Zweck der Behandlungsplanung und Dokumentation ein.
- Hiermit willige ich ein, dass das Augenärztliche & Augenchirurgische Zentrum Hamm – Schekeb Wasseh & Kollegen – meine erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten und mit überweisenden, mitwirkenden und weiterbehandelnden Ärzten, Kliniken und OP-Zentren alle erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten austauschen darf, soweit es für Diagnostik, Behandlung und Nachsorge erforderlich ist.

- Darüber hinaus willige ich ein, dass meine im AAZ-Hamm vorhandenen Daten an folgende Stellen weitergeleitet werden dürfen:
  - Auftragslaboratorien zum Zwecke der Untersuchung labormedizinischer Parameter
  - Pathologie
  - Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS)/Kassenärztliche Vereinigung (KV) zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Kostenträger, Untersuchungs- und Behandlungsdaten).
  - Ärztekammer
  - Krankenkassen
  - Medizinische Pflegeeinrichtungen
  - Apotheker
  - Steuerberatung
  - Fahrdienst
  - Optiker

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte und Berichte von folgenden Personen/Einrichtungen in meinem Namen abgeholt werden:

---

---

Ich bin damit einverstanden, dass zusätzlich zu mit-und weiterbehandelnden Ärzten folgenden Personen telefonisch Auskunft bzgl. meiner gespeicherten Daten gegeben werden darf:

---

---

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

---

Ort, Datum

Unterschrift d. Patienten

---

Ort, Datum

Unterschrift d. gesetzl. Vertretung (falls erforderlich)