



Medizinisches Zentrum Lübbenau GmbH

# Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

laut Bundesdatenschutzgesetz

(Original verbleibt in Patientenakte, Kopie dem Patienten mitgegeben)

## Bitte lesen Sie die Patientenerklärung und die Einwilligungserklärung sorgfältig durch!

- Ich bin einverstanden, dass die mich behandelnden Ärzte der Medizinisches Zentrum Lübbenau GmbH alle für meine Behandlung notwendigen Daten und Befunde ggf. auch von anderen Leistungserbringern einholen oder weiterleiten. Leistungserbringer sind alle für die Mit- und Weiterbehandlung nötigen Versorgungspartner, wie interne und externe Arztpraxen, Krankenhäuser, Reha-Kliniken, aber auch andere medizinische Versorgungszentren und Labore.
- Die betreffenden Leistungserbringer sind verpflichtet, diese Informationen an die mich betreuenden Ärzte der Medizinisches Zentrum Lübbenau GmbH weiterzuleiten. Meine betreuenden Ärzte, sowie dessen Abteilungen bzw. Praxen sind befugt, diese Informationen, sowie selbst erhobene Befunde und Daten zur Dokumentation und weiteren Behandlung zu verwenden.
- Ich habe davon Kenntnis, dass meine für die Behandlung notwendigen Daten innerhalb der Medizinisches Zentrum Lübbenau GmbH mittels EDV gespeichert, erfasst und erhoben werden.
- Ich weiß, dass die datenschutzrechtliche Einwilligung und die Befreiung der ärztlichen Schweigepflicht im angegebenen Umfang Voraussetzung für eine Behandlung ist und eine Verweigerung zur Folge hätte, dass die Behandlung nicht durchgeführt werden kann.
- Mir ist bewusst, dass ein Widerruf dieser Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise möglich ist. Dieser ist zu richten an:

**Medizinisches Zentrum Lübbenau GmbH**  
**Robert-Koch Str. 42,**  
**03222 Lübbenau/Spreewald**  
**Tel.: 03542 / 8710**

Ich \_\_\_\_\_  
**Name, Vorname** **Geburtsdatum**

- habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und erkläre hiermit mein Einverständnis zur Datenverarbeitung und Datenübermittlung im oben genannten Umfang.

**oder**

- habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und verweigere hiermit meine Einwilligung, in Kenntnis, dass eine Behandlung dann nicht erfolgen kann.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters**