

(Stempel Ermächtigungsambulanz)

**Datenübermittlung zwischen den Ambulanzen der Christophorus Kliniken und
sonstigen Vor- / Weiterbehandlern
-Einwilligungserklärung-**
(gem. §§ 6, 7, 8 und 11 KDG)

Ich _____ [Vorname, Name d. Patientin/ Patienten],

geboren am: _____ [Geburtsdatum],

wohnhaft in: _____ [Anschrift],

Telefonnummer: _____ [Festnetz, mobil],

E-Mail: _____,

gesetzliche:r Vertreter:in: _____ [Name, ggf. abweichende Anschrift]

bin damit einverstanden, dass die Ambulanz

- ☐ die mich betreffenden **Behandlungsdaten und Befunde** an untenstehende Vor- und Weiterbehandler sowie sonstige Institutionen zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung **übermitteln**.
- ☐ Des Weiteren willige ich ein, das von selbigen Vor- und Weiterbehandlern sowie sonstigen Institutionen **Behandlungsdaten und Befunde** soweit diese für meine ambulante Behandlung erforderlich sind, **angefordert** werden können.

☐ **überweisende Ärztin/ überweisender Arzt**

(Name und Anschrift)

☐ **Weiterbehandler:in**

(Name und Anschrift)

☐ **sonstige Institutionen, Krankenhäuser**

(Name und Anschrift)

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. So bin ich darüber aufgeklärt, dass ich jederzeit die Möglichkeit habe, meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Diese Widerrufserklärung richte ich an den Krankenhausträger. Mein Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem ich diesen ausspreche. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung meiner Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

(Ort und Datum)

(Unterschrift der/des Patient:in)

(Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter:in)