

[Patientenaufkleber]

**Einverständniserklärung****Ich bin damit einverstanden**, dass

- meine in der ambulanten Sprechstunde im Medizinischen Versorgungszentrum der Schön Klinik Vogtareuth erhobenen persönlichen Daten sowie meine ambulante Patientenakte digital in den Krankenhausinformationssystemen der Schön Klinik Vogtareuth abgespeichert und geführt wird; dies beinhaltet auch meine Röntgenbilder, welche mit Geräten der Schön Klinik Vogtareuth erstellt und im PACS-System der Schön Klinik Vogtareuth abgespeichert und geführt werden,
- das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) – sofern sich der ambulanten Behandlung eine stationäre Behandlung durch die Schön Klinik Vogtareuth anschließt – der Schön Klinik Vogtareuth als nachbehandelndes Krankenhaus – soweit erforderlich - meine persönlichen Daten und die mich betreffende Dokumentation über meine Behandlung, insbesondere Behandlungsdaten, Befunde, Diagnosen und Therapien zum Zwecke der Einholung von Kostenübernahmen, der Dokumentation und der Weiterbehandlung übermittelt;
- das MVZ mich zum Zweck der Terminerinnerung oder Benachrichtigung über eine Terminverlegung oder Terminstornierung kontaktiert. Hierfür darf das MVZ meine Mobilfunknummer oder E-Mail-Adresse verwenden.

**Widerrufsbelehrung:**

Vorstehende Einwilligungserklärungen können Sie jederzeit gegenüber dem MVZ ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf hat keine Auswirkungen auf die Behandlung und gilt erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen erklären. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig. Im Falle des Widerrufs findet keine Datenweitergabe oder Terminerinnerung statt.

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

Vogtareuth,

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Ich handle als Vertreter des Patienten/der Patientin und bin hierzu bevollmächtigt:

Name des Vertreters (Blockschrift)

Unterschrift des Vertreters

Ersteller: Berberich, Elke

Freigabedatum: 23.03.2023

Dateiname: 0040195\_1.docx

Gültig für Standort: VOG