

Praxisgemeinschaft in Merklingen

Allgemeinmedizin – Kinder- und Jugendmedizin
Naturheilverfahren–Betriebsmedizin – Notfallmedizin

Dr.med. Wolfgang Hermann

Kirchplatz 5 71263 Weil der Stadt

Tel. 07033 / 30879-0 Fax 13369



Praxisgemeinschaft in Merklingen ----- Dr. med. Wolfgang Hermann

Weil der Stadt, _____

Einverständniserklärung

zur Erhebung / Übermittlung von persönlichen Gesundheitsdaten
gem. § 73 Abs. 1b SGB V

Ich,

Name, Vorname

Adresse (Str., Haus-Nr., PLZ, Wohnort)

Geburtsdatum

Telefon-Nr.

Arbeitgeber

erkläre mich einverstanden, dass vom Betriebsarzt meine Gesundheitsdaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz zur Verfügung gestellt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte, u.a. über:

- den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlage der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- Der Betriebsarzt mich betreffende medizinische Daten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren betriebsärztlichen Betreuung anfordern kann.
- Der Betriebsarzt mich betreffende medizinische Daten und Befunde an andere Ärzte und Leistungserbringer wie z.B. Hausärzte, Reha-Kliniken oder medizinische Labore übermitteln kann.

Sollte die betriebsärztliche Betreuung wechseln bin ich einverstanden, dass der bisherige Betriebsarzt die über mich gespeicherten Unterlagen dem neuen Betriebsarzt übermittelt, bzw. der neue Betriebsarzt diese Unterlagen anfordern kann.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitarbeiters / der Mitarbeiterin