

**Einwilligung zur elektronischen Übermittlung und Verarbeitung von  
personenbezogenen Gesundheitsdaten gegenüber der neurologischen Praxis  
André Gorziza und Dr.med. Christian Schröer, Kaiserdamm 5, 14057 Berlin**

Ich,

\_\_\_\_\_  
Vorname & Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_  
Adresse:

willige hiermit ein, dass die o.g. Praxis personenbezogene Daten von mir für Zwecke der Mit-/ Weiterbehandlung an die von mir im folgenden bezeichneten Praxen auf elektronischem Weg ([neuro-lietzensee@tm.kim.telematik](mailto:neuro-lietzensee@tm.kim.telematik)) aus ihrem Arzteinformationssystem heraus übermitteln darf. Dabei handelt es sich um meinen Namen, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, Geschlecht und benötigte Daten meiner medizinischen Dokumentation, die in dem Arzteinformationssystem erfasst sind. Diese Daten werden als "eArztbrief" übertragen. Dieser Dienst ist für mich als Patient kostenfrei.

Ich bin weiter darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass die Daten in verschlüsselter Form über das Internet übertragen werden und somit vor der unbefugten Kenntnisnahme Dritter geschützt sind. Die empfangende Einrichtung ist darüber hinaus berechtigt, die übermittelten Daten für meine weitere Behandlung zu nutzen. Mein Recht der freien Arztwahl bleibt davon grundsätzlich unberührt.

Ich bin darüber unterrichtet worden, dass im Falle meiner Weigerung, die Einwilligung zu erteilen, eine Übermittlung von Daten aus dem Arzteinformationssystem heraus nicht erfolgen wird. Weitere Folgen ergeben sich aus der Weigerung nicht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich der elektronischen Übertragung meiner Daten freiwillig zustimme und mit der Erhebung und Verarbeitung meiner Daten in dem hierfür erforderlichen Umfang einverstanden bin. Ich erteile diese Einwilligung für meinen behandelnden Arzt und bin mir bewusst, dass diese Einwilligung auch für zukünftige Datenübermittlungen gültig ist. Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Berlin, \_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich habe einen Überweisungsschein der Praxis \_\_\_\_\_ abgegeben, bitte senden Sie einen elektronischen Befundbericht an diese Praxis.

Oder:

Bitte senden Sie einen elektronischen Befundbericht an folgende Praxen:

Name

Fachrichtung

Adresse

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Berlin, \_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift