



**Datenübermittlung zwischen dem Krankenhaus und sonstigen Vor- /  
Weiterbehandlern  
(Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 a), Art. 9 Abs. 2 a) DS-GVO)**

..... (Patientenetikett)  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Krankenkasse

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen

- Vorbehandler
- Weiterbehandler
- \_\_\_\_\_ [sonstigen Behandler\*]

zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

- Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem
- Vorbehandler
- \_\_\_\_\_ [sonstigen Behandler\*]

vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Mein Vorbehandler ist: \_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift)

Mein Weiterbehandler ist: \_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift)

Mein sonstiger Behandler ist: \_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift)

**Ihre Einwilligung ist freiwillig.**

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. Behandlern und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten)

\* Sehr geehrter Patient,  
sollten Sie gesetzlich krankenversichert sein, kann in diese Zeilen jeglicher / sonstiger Arzt eingetragen werden, außer Ihrem Hausarzt. Für den Hausarzt gibt es ein gesondertes Formular. Sollten Sie privat krankenversichert sein, können Sie hier sämtliche Ärzte einschließlich Ihres Hausarztes eintragen.