



## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG DATENVERARBEITUNG

zwischen



Name, Vorname (BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN)



Geburtsdatum

und den **Radiologischen Praxen am Klinikum Itzehoe**, Robert-Koch-Straße 2, 25524 Itzehoe

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie gerne optimal behandeln. Datenübermittlungen an Personen und Stellen außerhalb der Radiologischen Praxen am Klinikum Itzehoe erfolgen auf gesetzlicher Grundlage. Alle übrigen Datenübermittlungen bedürfen Ihrer ausdrücklichen schriftlichen Einwilligung.

**Erläuterungen zu diesen Datenübermittlungen finden Sie in unserer, in diese Einwilligungserklärung einbezogene Datenschutzerklärung.**

Die folgende Datenübermittlung entspricht dem Wunsch der meisten Patientinnen und Patienten (Zustimmung durch ankreuzen):

Behandlungsdatenübermittlung von und zur Hausarztpraxis

Der Zuweiser hat einen Anspruch auf Rechtswegen, dazu braucht der Patient keine Einwilligung erteilen.

**Sie können diese Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch eine Nachricht an uns widerrufen.** Bei fehlender oder widerrufener Einwilligung einzelner Punkte ist möglicherweise nur eine Notfallbehandlung möglich. Sollten Sie Fragen haben, dann setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung (info@radiologie-itzehoe.de).

**Ich bin mit der Datenschutzerklärung vertraut gemacht worden und willige ein. Besondere Wünsche im Umgang mit meinen Daten werde ich ausdrücklich äußern.**

**Ich habe die im Wartezimmer ausgehängte und in der Anmeldung hinterlegte Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen.**

Die Datenschutzerklärung ist ebenfalls abrufbar unter: [www.radiologie-itzehoe.de/Datenschutz/Datenschutz.html](http://www.radiologie-itzehoe.de/Datenschutz/Datenschutz.html) sowie mit Hilfe des QR-Codes.



▶ Itzehoe,

Ort, Datum, Unterschrift (Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in)