

## **Einwilligung zur Erhebung, Übermittlung und Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten**

- Ich bin damit einverstanden, dass die
- Praxis für Chirurgie und Gefäßmedizin, Dr. med. Jörg Fuchs, Jakob-Kaiser-Straße 11, 50858 Köln, T 0221 2949 4318, F 0221 2949 4321, info@gefässmedizin-plus.de
- Daten zu meiner Gesundheit (z.B. Vorerkrankungen, aktueller Gesundheitszustand, Behandlungsverlauf) zum Zweck der Durchführung meiner Behandlung erhebt, verarbeitet und nutzt. Dies gilt insbesondere für die Speicherung meiner Gesundheitsdaten und des Behandlungsverlaufs in einer elektronischen Patientenakte.
- Ich bin damit einverstanden, dass
- meine Daten an mit der Praxis kooperierende Einrichtungen (z.B. ORTHOPARC Klinik, Labor Dr. Wisplinghoff, weiterbehandelnde Kollegen/Krankenhäuser) übermittelt werden dürfen.

### Hinweise:

Weitere gesetzliche Ermächtigungsnormen zur Datenerhebung bleiben unberührt. Ohne diese Einwilligung ist eine Behandlung – mit Ausnahme von Notfallbehandlungen – nicht möglich. Die Gesundheitsdaten sind erforderlich, um eine fachgerechte Behandlung zu gewährleisten.

Sie können Ihre erteilte Einwilligung ohne Angabe von Gründen jederzeit gegenüber uns widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Die Datenverarbeitung, die ausschließlich auf dieser Einwilligung beruht, unterbleibt ab dem Zeitpunkt des Widerrufs. Andere gesetzliche Erlaubnistatbestände zur Datenverarbeitung bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt.

Bitte beachten Sie unser Merkblatt „Information zum Datenschutz“, welches Ihnen mit dieser Einwilligung ausgehändigt wird. Dieses Merkblatt enthält sämtliche Informationen gemäß Art. 13 DS-GVO, insbesondere über die Datenweitergabe und die Speicherdauer.

---

Name, Vorname, Adresse

---

Datum, Unterschrift (ggf. Sorgeberechtigte)