



**Kinderwunschzentrum  
Bad-Cannstatt**

**Praxis M. Woriedh**

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

## Einwilligungserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Ich,

---

### Vorname, Name

Erkläre mich einverstanden, dass in der gynäkologischen Praxis M. Woriedh meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte.

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

Ich erkläre mich einverstanden, dass:

- Mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- Mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) oder Pathologen (etwa histologische Befunde) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Ich stimme hiermit zu, dass die Praxis mich

telefonisch, per E-Mail (**unverschlüsselt!!!**) und über den postalischen Weg

kontaktieren darf um mir Befunde, Termine usw. weiterzuleiten. Mir ist bewusst, dass wenn ich keine dieser Optionen ankreuze, ich für jegliche Belange (Befundabfragungen, Terminvergabe usw.) persönlich in die Praxis kommen muss.

Ebenfalls ist mir bewusst und ich willige ein, dass bei einer Kinderwunschbehandlung, meine Daten an das Deutsche IVF Register D.I.R. weitergeleitet werden.

### Vollmacht für andere:

Hiermit erteile ich den unten genannten Personen die Berechtigung über die Abholung jeglicher Befunde/Rezepte/Überweisungen in meinem Namen. Möchte ich dies nicht mehr, werde ich diese Vollmacht jederzeit selbstständig und schriftlich widerrufen.

**NAME:**

---

---

Ort, Datum Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters