

**Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung und
Schweigepflichtentbindung für Ärzte und sonstige Vor- und Weiter -
Behandler im Rahmen der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen
der Paracelsus Kliniken Bad Gandersheim GmbH**

zwischen

Name, Vorname: _____
Geb.: _____ **VSNR:** _____

und

**Paracelsus See Klinik Bad Gandersheim, Paracelsus Roswitha Klinik Bad
Gandersheim**

als Rechtsträger der Paracelsus Kliniken Bad Gandersheim GmbH, Dehneweg 6, 37581 Bad Gandersheim.

Sehr geehrte/r Patient/in,

Aufgrund gesetzlicher Vorgaben benötigen wir Ihre ausdrückliche Einwilligung, um Ihre Gesundheitsdaten mit Dritten wie vor- und nachbehandelnden Ärzten, Kliniken und Beratungsstellen zu teilen oder von ihnen anzufordern. Wir bitten Sie daher um Ihr Einverständnis, dass Ihre Behandlungsdaten – einschließlich Befunden, Diagnosen, Therapien und Entlassdaten – zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken an die unten aufgeführten Ärzte und Institutionen übermittelt werden dürfen.

Zusätzlich bitten wir um Ihre Zustimmung, dass die Paracelsus Kliniken Bad Gandersheim befugt sind, notwendige Befunde und Behandlungsdaten von den genannten Ärzten und Institutionen für Ihre aktuelle Behandlung anzufordern.

Durch Ihre Einwilligung entbinden Sie die behandelnden Ärzte der Paracelsus Kliniken Bad Gandersheim von ihrer ärztlichen Schweigepflicht für die oben genannten Zwecke. Die Klinik verpflichtet sich, Ihre Daten ausschließlich für die angegebenen Zwecke zu verarbeiten.

Nach Abschluss der Behandlung, ggf. auch während der Behandlung, erstellt die Einrichtung im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages ausführliche Behandlungsberichte einschließlich therapeutischer und medizinischer Feststellungen und Beurteilungen, welche an die zuständigen Leistungsträger ihrer Rehabilitationsmaßnahme weitergeleitet werden.

Ich bin darüber informiert, dass ich die erteilten Einwilligungen einzeln oder insgesamt jederzeit durch eine schriftliche Erklärung, ohne Angabe von Gründen, für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf beeinträchtigt nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung, die aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgte. Der Widerruf ist an die Paracelsus Kliniken Bad Gandersheim GmbH, Dehneweg 6, 37581 Bad Gandersheim, zu richten. Weiterhin ist mir bewusst, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt.

Weitere Informationen zum Datenschutz nach Art. 13, 14 DSGVO und Ihren Rechten als betroffene Person erhalten Sie auf unserer Webseite unter: www.paracelsus-kliniken.de/datenschutz/

Schweigepflichtentbindung

Für die o.g. Zwecke entbinde ich die behandelnden ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiter der Klinik von der Schweigepflicht und erkläre mich hiermit einverstanden, dass diese Personen bzw. Institutionen in schriftlicher und / oder mündlicher Form über medizinisch-therapeutische Fragestellungen, den Behandlungsverlauf und das Behandlungsergebnis informiert werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich wurde über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie über die Folgen einer Verweigerung beraten.

1. Dem weiterbehandelnden Arzt:

2. Der Suchtberatungsstelle / dem vorbehandelnden Krankenhaus

3. Reha-beantragender Arzt:

4. Psychotherapeut:

5. Betreuer:

6. Sonstige:

Bad Gandersheim, _____
(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten)

Ich handle als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Sorgeberechtigter / Betreuer:

Bad Gandersheim, _____
(Ort, Datum)

(Unterschrift des Vertreters)