

## Einwilligungserklärung

Name, Vorname, Wohnort, Geburtsdatum (Patient/Proband)

---

(bitte gut lesbar in Druckschrift ausfüllen)

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass

mein behandelnder/mich betreuender Arzt Dr. med. Benedikt Ziegler/die Dr. Ziegler GmbH (arbeitsmedizinischer Dienst), Mörfelder Landstrasse 235 in 60598 Frankfurt bzw. die dort angestellten/beauftragten Ärzte/innen

- meine persönlichen Daten/Behandlungsdaten i.R. der gesetzlichen Fristen speichern wird/muss
- die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei anderen Ärzten, Krankenhäusern oder sonstigen Leistungserbringern (gemäß § 73 Abs. 1b SGB V) erhebt und für die Zwecke der durch ihn bzw. die für ihn tätigen Ärzte/innen durchgeführten medizinischen Maßnahmen (Diagnostik, Therapie, Beratung u.v.a.) verarbeitet und nutzt;
- meine Behandlungsdaten und Befunde, soweit dies zum Zwecke meiner weiteren Behandlung erforderlich ist, an andere Ärzte oder sonstige medizinische Leistungserbringer übermittelt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass auf meinen expliziten Wunsch medizinische Befunde bei Bedarf auch in unverschlüsselter Form an mich weitergeleitet werden dürfen (z.B. per SMS, FAX oder Mail). Mir ist bekannt, dass unverschlüsselte Daten nicht sicher vor dem Zugriff anderer sind.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen kann.

---

(Ort, Datum, Unterschrift)