

**Patient:in**

Name, Vorname:  
Anschrift:

	Geb.-Datum:
--	-------------

Damit wir Sie gut behandeln können, benötigen wir in manchen Fällen Ihre Erlaubnis, bestimmte Daten zu verwenden oder weiterzugeben. Sie entscheiden selbst, wozu Sie Ihre Einwilligung geben.

**Ein Kreuz bei „Ja“ bedeutet: Sie stimmen der Nutzung zu (Einwilligung).  
Ein Kreuz bei „Nein“ oder kein Kreuz bedeutet: Sie stimmen nicht zu (keine Einwilligung).**

**A) Kontaktaufnahme  ja  nein**

Wir dürfen Sie im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung (z. B. Terminvereinbarung, Rückfragen, Rechnungen) kontaktieren über:

Telefon / Handy:	E-Mail: <small>(unverschlüsselt; es erfolgt keine Übermittlung von Gesundheitsdaten. E-Mails dienen nur organisatorischen Zwecken!)</small>	Telefax: <small>(unverschlüsselte Datenübermittlung)</small>
------------------	--	---

**B) Berechtigung zu Auskünften  ja  nein**

Wir dürfen telefonisch oder mündlich Auskünfte über Ihre Behandlung an folgende Person(en) geben

(Ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung dürfen gemäß § 203 StGB keine Auskünfte an Dritte erteilt werden.)

Name, Vorname, Geburtsdatum	Name, Vorname, Geburtsdatum	

**C) Berechtigung zur Abholung meiner Unterlagen  ja  nein**

Wir dürfen Unterlagen (z. B. Rezepte, Arztberichte) an folgende Person(en) aushändigen:

(Die Aushändigung erfolgt nur, wenn sich die berechnigte Person ausweisen kann.)

Name, Vorname, Geburtsdatum	Name, Vorname, Geburtsdatum	

**D) Datenübermittlung und -Anforderung  ja  nein**

Ich entbinde die Praxis von der Schweigepflicht, damit Unterlagen (z. B. Arztberichte, Befunde, Patientenakten, Überweisungen) bei Bedarf an andere Einrichtungen übermittelt oder von dort angefordert werden können.

**Hinweis:** eine Weitergabe an Hausärzt:innen und Mitbehandler:innen ist ohnehin notwendig und erlaubt

\_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

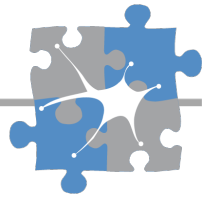
\_\_\_\_\_

**E) Einwilligung für Fotoaufnahmen  ja  nein**

Zur Vermeidung von Verwechslungen darf ein Foto von mir in meiner Patientenakte gespeichert werden.

**F) Aufklärung zur Widerrufsmöglichkeit**

Die Einwilligungen in den Ziffern A–E sind stets freiwillig.



Sie können diese jederzeit – ganz oder teilweise – ohne Angabe von Gründen widerrufen.  
Der Widerruf kann **schriftlich oder mündlich in der Praxis** erfolgen.  
Der Widerruf gilt nur für die Zukunft. Alles, was bis dahin rechtmäßig verarbeitet wurde, bleibt bestehen.

**G) Information zur elektronischen Patientenakte (ePA)**

Ihre Krankenkasse hat eine elektronische Patientenakte (ePA) für Sie eingerichtet, sofern Sie der Anlage nicht widersprochen haben.  
Wir sind verpflichtet, bestimmte Behandlungsdaten (z. B. Arztbriefe, Befunde) in die ePA einzutragen.  
Wenn Sie keine Nutzung wünschen, können Sie die ePA **über Ihre Krankenkasse oder in der ePA-App** sperren oder den Zugriff entziehen.

**H) Information zur Fachkonferenz**

Ihr Behandlungsfall kann in Fachkonferenzen (z. B. Tumorkonferenzen) mit anderen Fachärzt:innen besprochen werden.  
Das dient dazu, zusätzliche Fachmeinungen einzuholen und die Qualität Ihrer Behandlung zu sichern.  
Eine zusätzliche Einwilligung ist dafür nicht erforderlich.  
**Hinweis:** Alle teilnehmenden Ärzt:innen unterliegen ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die oben angegebenen Entscheidungen.  
Nicht angekreuzte Felder gelten automatisch als „Nein“.**

**Ich habe die Informationen verstanden und hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen.**

---

<b>Ort, Datum</b>	<b>Unterschrift Patient:in / Vertretungsberechtigte:r</b>	<b>Unterschrift Mitarbeiter:in</b>
-------------------	---	------------------------------------

**Datenschutzhinweis**

Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, zu Ihren Rechten und zum Datenschutzbeauftragten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung.  
Diese können Sie im MVZ (Aushang) oder online auf unserer Website [www.onko-koeln.de](http://www.onko-koeln.de) abrufen.

---

Vielen Dank für Ihr Vertrauen und Ihre Mitarbeit!

---