



Onkologisches Zentrum Prenzlauer Berg

Dr. med. Lars Meyer
Dr. med. Tanja Werdin*

Dr. med. Alicja Mrózek
Dr. med. Hella Gollasch*
Dr. med. Wiebke Schier*

Christa Alsmeier*
Dr. med. Stefan Rupprecht*
Dr. med. Anja Zagrosek*

Annette Klemm*
Dr. med. Dirk Kudlicz*

Wisbyer Straße 32
13189 Berlin
Tel. (030) 445 82 01, Fax (030) 446 90 57

*angestellte(r) Ärztin / Arzt

info@ozp.berlin – www.ozp.berlin
ozp@tm.kim.telematik

Einwilligungserklärung

zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten im Sinne von § 73 Abs. 1 b SGB V

....., geboren am.....
Patient*innen: Vorname, Name,

Wir sind nach der Datenschutzverordnung verpflichtet, Ihr Einverständnis zur Datenübermittlung einzuholen.

Sie haben das Recht, der Weitergabe Ihrer Daten zu widersprechen, in diesem Fall könnte es jedoch zu Verzögerungen Ihrer Behandlung kommen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- ☐ mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und sonstigen Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- ☐ mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Befunden (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- ☐ meine Daten, die für die Behandlung meiner Erkrankung notwendig sein werden, an Ärzte, Krankenhäuser, Tumorkonferenzen, Tumorzentren, Ernährungsberater, Psychotherapeuten, Apotheken und andere Leistungserbringer übermittelt werden dürfen.

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

Die Praxisinformation „Patienteninformation zum Datenschutz“ habe ich zur Kenntnis genommen und konnte Fragen dazu stellen.

Patient*innen Unterschrift

Ort, Datum



Onkologisches Zentrum Prenzlauer Berg

Dr. med. Lars Meyer
Dr. med. Tanja Werdin*

Dr. med. Alicja Mrózek
Dr. med. Hella Gollasch*
Dr. med. Wiebke Schier*

Christa Alsmeier*
Dr. med. Stefan Rupprecht*
Dr. med. Anja Zagrosek

Annette Klemm*
Dr. med. Dirk Kudlicz*

Wisbyer Straße 32
13189 Berlin
Tel. (030) 445 82 01, Fax (030) 446 90 57

*angestellte(r) Ärztin / Arzt

info@ozp.berlin – www.ozp.berlin
ozp@tm.kim.telematik

Einwilligungserklärung

zur Übermittlung von Patientendaten im Sinne von § 73 Abs. 1 b SGB V

....., geboren am.....
Patient*innen Vorname, Name,

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen über meine Erkrankung, Befunde, Rezepte, Einweisungsscheine und Verordnungen an die folgenden Personen weitergegeben werden dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde:

Name: _____

Telefon: _____

(Verhältnis) _____

Name: _____

Telefon: _____

(Verhältnis) _____

Patient*innen Unterschrift

Ort, Datum