

Ambulantes Behandlungszentrum  
ABC GmbH

**Datenübermittlung zwischen Hausarzt, Vorbehandler, Weiterbehandler, und  
Ambulanter Behandlungszentrum GmbH**

**(Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DS-GVO)**

Ich, \_\_\_\_\_ [Vorname, Name des Patienten],  
geboren am: \_\_\_\_\_ [Geburtsdatum],  
wohnhaft in: \_\_\_\_\_ [Anschrift]

bin damit einverstanden, dass die ABC GmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen

**Hausarzt** : \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name und Anschrift (sofern gerade griffbereit))

**Mitbehandler**: \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name und Anschrift (sofern gerade griffbereit))

**Weiterbehandler**: \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name und Anschrift (sofern gerade griffbereit))

Jeweils zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das ABC die bei meinem

**Hausarzt**

**Mitbehandler**

vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung im ABC erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem ABC, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der jeweiligen Dokumentation des oben genannten Arztes zu erhalten.

Mit einem **Datenaustausch** zwischen den an meiner Behandlung beteiligten **Ärzten des ABC** und den **Ärzten des Klinikums Nürnberg** bin ich einverstanden.

Das ABC wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

**Ihre Einwilligung ist freiwillig.**

**Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen den oben genannten und dem ABC statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an das ABC. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.**

\* Die Patienteninformation „Datenschutz – Wir achten auf Ihre Rechte“ habe ich erhalten

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten)

Autor:	Erstellt am:	Zuletzt geändert durch:	Zuletzt geändert am:
Kh/ VD-1/ R	21.06.2018	Kh/ VD-1/ R	29.07.2019