

# Hausarztpraxis Peitzmeier & Remmert

**Christian Peitzmeier**  
Facharzt für Allgemeinmedizin

**Marco Remmert**  
Facharzt für Innere Medizin  
Viola Peitzmeier (angest. Ärztin)  
Godensholter Straße 2a  
26655 Westerstede – Ocholt



HAUSARZTPRAXIS  
**PEITZMEIER  
& REMMERT**

Tel. 04409/1019 Fax. 04409/1049  
Email: [info@peitzmeier-remmert.de](mailto:info@peitzmeier-remmert.de)

## Einverständniserklärung

Name, Vorname des Versicherten	geb. am
PLZ, Wohnort, Straße	
Telefon	E-Mail

Die folgende Liste an Einwilligungen benötigen wir für eine bestmögliche Versorgung unserer Patienten.

Rechtsgrundlagen für diese Einwilligungen sind die EU-Datenschutzgrundverordnung, das Bundesdatenschutzgesetz sowie das Sozialgesetzbuch V.

### Einwilligung zum Austausch von Patientendaten in unserer Gemeinschaftspraxis

- Hiermit willige ich ein, dass mein/e behandelnde/r Arzt/Ärztin die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten darf und vertretungshalber mit Kollegen/Kolleginnen aus der Hausarztpraxis Peitzmeier & Remmert sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen darf, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst auch die in der Hausarztpraxis Peitzmeier & Remmert tätigen medizinischen Fachangestellten. Wenn Sie uns Befunde per Mail zukommen lassen, werden diese auf einem unverschlüsselten Server geöffnet.

### Austausch von Patientendaten (insb. gem. §73 Abs. 1 SGB V) Erklärung zur (Teil-)Entbindung von der Schweigepflicht

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Hausarztpraxis Peitzmeier & Remmert mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert und an mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt

**Einwilligung Bevollmächtigte**

- Die Hausarztpraxis Peitzmeier & Remmert darf mir betreffende Rezepte, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Überweisungen, Atteste usw. an Angehörige/Bekannte oder externe Dienstleister (z.B. Apotheken), die ich beauftrage, herausgeben.  
Ich beauftrage dazu:

---

---

---

---

**Einwilligung Abrechnung**

- Zur Abrechnung von Privatleistungen nach GOÄ oder IGeL-Leistungen arbeitet unsere Praxis mit der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Niedersachsen (PVS) zusammen. Ich bin damit einverstanden, dass meine o.g. personenbezogenen Daten sowie für die Abrechnung notwendige Unterlagen an die PVS weitergegeben werden. Folgende Daten können übermittelt werden: Name, Anschrift, Geschlecht, Geburtsdatum, Versicherungsstatus, Behandlungsdaten

**Service-Leistungen**

**Einwilligung Praxis-Informationssystem und Terminerinnerungen**

- Hiermit willige ich ein, am Praxis-Informationssystem teilzunehmen. Dieses informiert mich per Telefon, Post oder E-Mail (unverschlüsselt) über vereinbarte Termine sowie über anstehende Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden. Dafür stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten in einer gesonderten Datenbank durch die Hausarztpraxis Peitzmeier & Remmert zu.

**Aufklärung über Ihre Rechte bzgl. der Verarbeitung personenbezogener Daten**

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung(en) jederzeit mündlich in der Praxis, schriftlich oder durch E-Mail (unverschlüsselt) an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Patient

---

Erziehungsberechtigter