



Patienteninformation und Einwilligung zur

Februar 2025

Datenweitergabe und Kommunikation per E-Mail

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

1. Datenübermittlung zwischen Martini-Klinik und behandelnden Ärztinnen und Ärzten

Ich willige ein, dass meine Behandlungsdaten/Befunde durch die Martini-Klinik an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte des UKE-Konzerns sowie an folgende **Arztpraxis zu Dokumentations- und Weiterbehandlungszwecken übermittelt** werden können.

Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meiner Ärztin bzw. meinem Arzt.

ja nein

Name der Arztpraxis:

Anschrift der Arztpraxis:

Es kann im Rahmen Ihrer Behandlung auch erforderlich sein, bei Ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand oder bisherigen Behandlungen in Erfahrung zu bringen. Daher bitten wir Sie ebenfalls um die Einwilligung, Ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte kontaktieren zu dürfen.

ja nein

Diese beiden Einwilligungen sollen auch für meine Behandlungen in den kommenden Jahren gelten, so dass sie nicht erneut eingeholt werden müssen. Ich kann jederzeit durch Erklärung gegenüber der Martini-Klinik wieder zur Einwilligung im Einzelfall übergehen.

ja nein

Für den Zweck der von mir vorstehend erteilten Einwilligungen entbinde ich damit auch meine Behandelnden sowie die Beschäftigten des UKE-Konzerns, insbesondere die Ärztinnen und Ärzte und ihre Gehilfen, von Ihrer Schweigepflicht.

Hinweis zur Datenverarbeitung:

Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten können unter:

[Dokumente zum Herunterladen \(martini-klinik.de/datenschutz\)](https://www.martini-klinik.de/datenschutz) abgerufen werden.

Auf Ihren Wunsch stellen wir die Datenschutzinformationen auch in gedruckter Form bereit.



2. Kommunikation per E-Mail

Zusätzlich bin ich damit einverstanden, dass die Martini-Klinik mit mir per **E-Mail Kontakt** aufnimmt. Dieses kann für folgende Zwecke notwendig werden: Terminabsprachen, Rückmeldungen, die Zusendung von Informationsmaterial oder Patientenfragebögen.

ja nein

Meine hierfür zu verwendende E-Mail-Adresse lautet:

.....

Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass diese E-Mails unverschlüsselt und ohne besondere Sicherungsmaßnahmen an mich versandt werden können.

Mir ist bewusst, dass ich die erteilten Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum

Unterschrift

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.