



## Einwilligung in die Datenübermittlung zwischen Krankenhaus und Hausärzten/sonstigen Vor-/Nach- und Weiterbehandlern

(Einwilligungserklärung gem. Art. 6 Abs. 1 a), Art. 9 Abs. 2 a) DS-GVO)  
Verwendung: ambulante und stationäre Behandlungsfälle

In Zusammenhang mit meiner Krankenhausbehandlung darf das Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R. zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung meinen:

1.  Hausarzt/ Sonstige Ärzte/ Behandler:

\_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

zur Abforderung/  zur Übersendung von Behandlungsdaten/Befunden kontaktieren.

2.  Hausarzt/ Sonstige Ärzte/ Behandler:

\_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

zur Abforderung/  zur Übersendung von Behandlungsdaten/Befunden kontaktieren.

3.  Hausarzt/ Sonstige Ärzte/ Behandler:

\_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

zur Abforderung/  zur Übersendung von Behandlungsdaten/Befunden kontaktieren

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

Meine Einwilligung ist freiwillig. Sofern ich keine Einwilligung erteile, entstehen hieraus keine Nachteile.

Ich habe jederzeit die Möglichkeit, meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o. g. Behandlern und dem Krankenhaus statt. Diese Widerrufserklärung ist an das Universitätsklinikum Magdeburg zu richten. Mein Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem ich diesen ausspreche. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zu diesem Zeitpunkt rechtmäßig.

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient(in) ggf. Vertreter(in)/  
Sorgeberechtigte(r))