



### Einwilligungen im Rahmen der Patientenbehandlung

Name, Vorname Patient*in	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	

Liebe Patientin / Lieber Patient,

Bitte wählen Sie eines der unten aufgeführten Felder aus, um freiwillig in die Übermittlung und Verarbeitung der angegebenen Datenarten an die angegebene Stelle und zu den angegebenen Zwecken einzuwilligen.

Durch Ihre Einwilligung entbinden Sie die Sie behandelnden Ärzte der **MVZ Sportheum Fellbach GmbH** (nachfolgend „MVZ“) und der **Sportheum Sportklinik Fellbach GmbH** (nachfolgend „Sportklinik“) von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den angegebenen Stellen, sofern dies für Ihre Behandlung und Versorgung relevant ist.

Ihre Einwilligung zur Datenübermittlung / -verarbeitung und die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht gelten solange, bis Sie diese widerrufen oder der verfolgte Zweck erfüllt / weggefallen ist.

Sie können Ihre Einwilligungen jederzeit schriftlich oder in Textform widerrufen. Hierfür entstehen keine Kosten und es ist keine Angabe von Gründen erforderlich. Bitte wenden Sie sich hierfür an die MVZ Sportheum Fellbach GmbH, Höhenstr. 16, 70736 Fellbach oder die Sportheum Sportklinik Fellbach GmbH, Stuttgarter Str. 30, 70736 Fellbach oder schreiben Sie eine E-Mail an [info@sportheum.de](mailto:info@sportheum.de).

#### 1. Datenübermittlung zwischen dem MVZ und der Sportklinik

Ich willige ein, dass das MVZ und die Sportklinik die mich betreffenden und für meine Behandlung und Versorgung erforderlichen personenbezogenen Daten (Stammdaten, Behandlungsdaten und Befunde) untereinander austauschen.

**Einwilligung:**  Ja  Nein

#### 2. Datenanforderung bei vorbehandelnden Stellen (z.B. Ärzte, Krankenhäuser)

Ich willige ein, dass das MVZ und die Sportklinik die mich betreffenden und erforderlichen personenbezogenen Daten (Stammdaten, Behandlungsdaten und Befunde) bei den mich vorbehandelnden Stellen zum Zweck der Dokumentation und der Weiterbehandlung anfordert.

**Einwilligung:**  Ja  Nein  Keine Vorbehandlung erfolgt

1. \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Stelle

2. \_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Stelle



### 3. Datenübermittlung an den Hausarzt

Ich willige ein, dass das MVZ und die Sportklinik die mich betreffenden und erforderlichen personenbezogenen Daten (Stammdaten, Behandlungsdaten und Befunde) an meinen Hausarzt zum Zweck der Dokumentation, der Weiterbehandlung sowie der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt übermittelt.

**Einwilligung:**  Ja  Nein  Kein Hausarzt vorhanden

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Hausarztes

### 4. Datenübermittlung an weiter- / mitbehandelnde Stellen (z.B. Fachärzte, Sanitätshaus SC Carstens GmbH, Filiale Gehring, Friedrichstr. 11/1, 73760 Ostfildern; Labor Synlab, Nikolaus-Otto Str. 6, 70771 Leinfelden-Echterdingen, Anästhesiepraxis Dr. Löffler & Team, König-Karl-Str. 66, 70372 Stuttgart)

Ich willige ein, dass das MVZ und die Sportklinik die mich betreffenden und erforderlichen personenbezogenen Daten (Stammdaten, Behandlungsdaten und Befunde) zum Zweck meiner Weiter- / Mitbehandlung oder Versorgung an folgende Stellen übermittelt.

**Einwilligung:**  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift der Stelle (Optional)

### 5. Terminerinnerungen und Benachrichtigungen via SMS / E-Mail

Ich willige ein, dass mir das MVZ oder die Sportklinik Terminerinnerungen und Benachrichtigungen per SMS und / oder E-Mail zusendet.

**Einwilligung SMS-Benachrichtigung:**  Ja  Nein

**Einwilligung E-Mail-Benachrichtigung:**  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

### 6. Privatärztliche Verrechnungsstelle (PVS Sachsen, Schützenhöhe 11, 01099 Dresden) / beleg- und wahlärztliche Verrechnungsstelle

Ich willige ein, dass das MVZ und die Sportklinik die mich betreffenden und erforderlichen personenbezogenen Daten (Stammdaten, abrechnungsrelevanten Daten) zum Zweck der Abwicklung der Abrechnung der in Zusammenhang mit meiner Behandlung erbrachten Leistungen an die privatärztliche Verrechnungsstelle oder die Verrechnungsstelle, die das ärztliche Honorar für beleg- oder wahlärztliche Leistungen einzieht, übermittelt.

**Einwilligung:**  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in bzw. gesetzl. Vertreter