



**Zur Legitimation und Identifikation werden folgende Angaben immer benötigt:**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
M1 Nummer: \_\_\_\_\_

**Einwilligung in die Übermittlung und Informationen über die Verwendung personenbezogener Daten**

**1. von vorbehandelnden medizinischen Einrichtungen**

Ich willige ein, dass meine Behandlungsdaten / Befunde durch das Ambulante Gesundheitszentrum der Charité GmbH (AGZ) bei den von mir benannten vorbehandelnden medizinischen Einrichtungen angefordert werden können, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind. Ich entbinde diese insoweit schon jetzt von der Schweigepflicht gegenüber dem AGZ.

Ja  Nein

**Namen der vorbehandelnden medizinischen Einrichtungen:**

\_\_\_\_\_

**2. an weiterbehandelnden medizinischen Einrichtungen**

Ich willige ein, dass meine Behandlungsdaten / Befunde durch das AGZ an die von mir benannten weiterbehandelnden medizinischen Einrichtungen zum Zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung übermittelt werden können. Ich entbinde das AGZ insoweit schon jetzt von der Schweigepflicht.

Ja  Nein

**Namen der weiterbehandelnden medizinischen Einrichtungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Wissenschaftliche Auswertung**

Ich willige ein, dass meine Behandlungsdaten für medizinische Forschungszwecke verwendet werden dürfen..

Ja  Nein



Ambulantes Gesundheitszentrum

Stand : 01.12..2021, Version 5

Ich nehme zur Kenntnis, dass, sobald es für es für die Behandlung erforderlich ist, meine Daten und Befunde an die Charité übermittelt und ggf. gespeichert werden. Ich entbinde die AGZ und die Charité insoweit schon jetzt von der Schweigepflicht.

Ich habe die Patienteninformation zur Datenverarbeitung gemäß Art.13 DSGVO gesehen und bin darin über meine diesbezüglichen Rechte informiert worden.

Ich verzichte auf Kopien der Unterlagen, die ich im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet habe. Selbstverständlich habe ich jederzeit die Möglichkeit, die Unterlagen in Kopie zu erhalten.

Meine erteilten Einwilligungen können jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden. Der Widerruf kann formlos erfolgen. Der Widerruf der Einwilligung ist nach Möglichkeit an [mvz@charite.de](mailto:mvz@charite.de) zu richten. Die Rechtmäßigkeit einer Datenverarbeitung vor Erklärung des Widerrufs wird davon nicht berührt, ebenso wenig die Verarbeitung auf Grundlage eines gesetzlichen Erlaubnistatbestandes.



Datum



Unterschrift Patientin/ Patient

Ich handele als Vertreter:in mit Vertretungsvollmacht/ Ich bin Hauptversicherte:r (nichtzutreffendes bitte streichen)

Name, Anschrift, Telefonnummer sowie Datum und Unterschrift: Vertreter:in/ Betreuer:in/Sorgeberechtigte:r

Bei minderjährigen Patient:innen bitten wir um folgende Angaben der Erziehungsberechtigten

Erziehungsberechtigter 1

Name, Vorname:.....

Straße, H. Nr.:.....

PLZ, Stadt:.....

Geburtsdatum:.....

Unterschrift:.....

Erziehungsberechtigter 2

Name, Vorname:.....

Straße, H. Nr.:.....

PLZ, Stadt:.....

Geburtsdatum:.....

Unterschrift:.....