

# Einwilligungserklärung zur elektronischen Übermittlung von Gesundheitsdaten zum Notfallmanagement (Erfassung Notfalldaten auf Gesundheitskarte)

Ich wurde darüber informiert und willige ein, dass ein Arzt der Praxis Hillebrands personenbezogene Daten von mir zu Zwecken der Behandlung/Weiterbehandlung durch andere Ärzte auf elektronischem Weg (über die Praxissoftware CGM M1 Pro) auf meine Gesundheitskarte (Versichertenkarte) übertragen wird. Die Ärzte und zugehörige Praxismitarbeiter dürfen die Daten des Notfallmanagement erstellen, auslesen und verändern.

Dazu gehören:

**Vorerkrankungen**

**Medikamente**

**Allergien**

**Notfallkontakt**

**Besondere Hinweise**

Die Erfassung erfolgt nur auf meinen ausdrücklichen Wunsch: wenn ich diese ablehne, wird die Übermittlung der Daten nicht erfolgen; daraus entstehen mir keine Nachteile.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich der el. Übertragung der Daten freiwillig zustimme und mit der Erhebung und Verarbeitung meiner Daten in dem erforderlichen Umfang einverstanden bin.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Vorname:	Name::
Geb. am::	
wohnhaft:	
-----	-----
<b>Ort/Datum</b>	<b>Unterschrift</b>

**Kontaktperson:**

---

*Name, Vorname*

---

*in welchem Verhältnis (z.B. Partner/Tochter), Telefonnummer*