



Neuro-Praxis im Medicum Walsrode

Jan R. Hanssen  
Facharzt für Nervenheilkunde  
Moorstr. 78/80  
29664 Walsrode  
Tel 05161 972 9080  
Fax 05161 972 9089  
Mail [info@neuropraxis-walsrode.de](mailto:info@neuropraxis-walsrode.de)  
[www.neuropraxis-walsrode.de](http://www.neuropraxis-walsrode.de)

### Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich, \_\_\_\_\_ (Vorname, Name des Patienten),  
geboren am: \_\_\_\_\_ (Geburtsdatum),

bin damit einverstanden, dass die Neuro-Praxis im Medicum Walsrode Jan R. Hanssen Facharzt für Nervenheilkunde (im Folgenden: Neuro-Praxis) die bei meinen Vorbehandlern (Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und anderen Therapeuten) vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine weitere Behandlung erforderlich sind, anfordern kann.

Die Neuro-Praxis wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind. Die Datenübermittlung an die Neuro-Praxis im Medicum kann sowohl in digitaler als auch in ausgedruckter Form erfolgen.

Meine Vorbehandler sind:

---

---

---

(Name und Anschrift)

Ich bin damit einverstanden, dass die Neuro-Praxis die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Weiterbehandler zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

Hiermit willige ich ein, dass die Neuro-Praxis im Medicum Walsrode die Spracherkennung Alster Text und den AI-Assistent von jameda (Noa Notes) zur medizinischen Dokumentation verwenden darf.

Falls gewünscht: Ich bin damit einverstanden, dass die von mir angeforderten Wiederholungsrezepte an die von mir angegebene Apotheke:

\_\_\_\_\_ weitergegeben werden /  
von der jeweiligen Apotheke in der Praxis abgeholt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Neuro-Praxis mich aufgrund von Befundmitteilungen, Terminverschiebungen u. ä. über die von mir angegebenen Telefonnummer oder E-Mail-Adresse kontaktieren darf.

Ich bin damit einverstanden, dass die Neuro-Praxis ggf. Befunde (Arztbriefe, Laborbefunde u.ä.) an meine angegebene E-Mail-Adresse übermitteln darf.

Hiermit willige ich ein, dass die Neuro-Praxis im Bedarfsfall an folgende Personen medizinische Daten weiterreichen darf (z.B. Rezepte, Bescheinigungen, Überweisungen aushändigen):

---

---

---

(Name, Vorname ; z. B. Ehepartner, Kinder, etc.)

Ihre Einwilligung ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen o.g. Behandlern und dem Hausarztzentrum im Medicum statt. Diese Widerrufserklärung ist an die Neuro-Praxis im Medicum Walsrode zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Die Patienteninformation zum Datenschutz wurde mir zur Verfügung gestellt, siehe Auslage im Wartezimmer

---

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Patienten)

Vielen Dank