

# Neurologische Berufsausübungsgemeinschaft

**Prof. Dr. med. O. Höffken**

FA für Neurologie, Schlafmedizin  
Schmerztherapie und Palliativmedizin  
Tel.: 02324-3956366

**Dr. med. J. Welnic**

Facharzt für Neurologie  
Tel.: 02324-3956367

Hauptstr. 68 ● 45549 Sprockhövel ● Fax: 02324 – 91730299  
www.neurologie-sprockhoevel.de

---

## Einwilligung zur Datenverarbeitung, Datenweitergabe und Schweigepflichtentbindung

(gemäß DSGVO Art. 6, 7, 9; § 203 StGB; § 341 SGB V)

### 1. Allgemeine Einwilligung zur Datenverarbeitung

Ich willige ein, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung personenbezogene Daten und Gesundheitsdaten (z. B. Diagnosen, Befunde, Therapien, Arztbriefe, Laborwerte) verarbeitet, gespeichert und dokumentiert werden. Die Verarbeitung erfolgt gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dient ausschließlich meiner Versorgung.

### 2. Weitergabe und Anforderung medizinischer Daten

Ich bin damit einverstanden, dass medizinisch relevante Informationen weitergegeben werden dürfen z. B. an meine Hausärztin / meinen Hausarzt, überweisende Ärztinnen / Ärzte, externe Labore oder Fachärztinnen / Fachärzte.

Ebenso gestatte ich, dass im Rahmen meiner Behandlung medizinische Unterlagen (z. B. Vorbefunde, Krankenhausberichte) bei anderen Ärztinnen / Ärzten oder Kliniken angefordert werden.

### 3. Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde die behandelnden Ärztinnen / Ärzte und das medizinische Fachpersonal dieser Praxis sowie alle kontaktierten Dritten wechselseitig von der ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für Diagnostik, Therapie oder Abrechnung erforderlich ist.

### 4. Elektronische Patientenakte (ePA)

Gesetzlich Versicherte erhalten seit 2025 automatisch eine elektronische Patientenakte. Relevante medizinische Unterlagen aus der Behandlung können von dieser Praxis gemäß den gesetzlichen Vorgaben in die ePA übertragen werden, sofern kein Widerspruch vorliegt.

### 5. Widerruf

Diese Einwilligung kann ich jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung bleibt unberührt.

### 6. Angaben zur Person

Name der Patientin / des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name gesetzl. Vertreterin / Vertreter (falls zutreffend): \_\_\_\_\_

Beziehung zum Patienten: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_

# **Neurologische Berufsausübungsgemeinschaft**

**Prof. Dr. med. O. Höffken**

FA für Neurologie, Schlafmedizin  
Schmerztherapie und Palliativmedizin  
Tel.: 02324-3956366

**Dr. med. J. Welnic**

Facharzt für Neurologie  
Tel.: 02324-3956367

Hauptstr. 68 ● 45549 Sprockhövel ● Fax: 02324 – 91730299  
[www.neurologie-sprockhoevel.de](http://www.neurologie-sprockhoevel.de)

---

## **Datenschutzhinweis**

Die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten erfolgt ausschließlich auf gesetzlicher Grundlage (Art. 6, 9 DSGVO; § 341 SGB V) und dient Ihrer medizinischen Versorgung. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie auf Nachfrage oder in unserem Praxismerkblatt.