

Kardiologie am Preußenmuseum  
**Dr. med. Carsten Frenzel & Dr. med. Mirko Ehlerding**

Ärzte für Innere Medizin - Kardiologie -  
Simeonsplatz 17 • 32423 Minden  
Telefon 0571 22110 Telefax 0571 23472



Dres. med. Carsten Frenzel & Mirko Ehlerding • Simeonsplatz 17 • 32423 Minden

Innere Medizin -  
Kardiologie

Nichtinvasiv -  
Invasiv

Herzkatheter -  
Diagnostik -  
Interventionen-  
Devices

Kooperation -  
Johannes-Wesling-  
Klinikum Minden



**Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von  
Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Absatz 1b SGB V**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

E-Mail-Adresse (wenn vorhanden): \_\_\_\_\_

○ Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem anderen Arzt, Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer (z. B. Krankenhäuser), bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Arzt weiterzuleiten, mein Arzt darf diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit oder ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

○ Ich bin mit der Korrespondenz bzw. der Zusendung von Daten im PDF-Format per einfacher E-Mail an die oben genannte E-Mail-Adresse einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten oder Daten, die dem Steuergeheimnis unterliegen, enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

○ Ich erkläre mich einverstanden, dass ich in der Praxis mit meinem Namen aufgerufen und angesprochen werde, auch wenn andere Patienten anwesend sind (Wartezimmer, Rezeptionsbereich). Ebenso erkläre ich mich einverstanden, dass Informationen der Behandlung auch zwecks Terminvereinbarung meinem/meiner Ehepartner/Ehepartnerin bzw. Kinder oder Anrufbeantworter mitgeteilt werden dürfen. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

○ Ich wurde auf die Patienteninformation zum Datenschutz (Informationsbroschüre wurde mir ausgehändigt) hingewiesen und habe sie zur Kenntnis genommen.

Minden, den \_\_\_\_\_

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

Ihr Praxisteam

Dr. med. Carsten Frenzel und Dr. med. Mirko Ehlerding