MVZ
ORTHOPÄDIE
MÜHLENKAMP

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutzgrundverordnung

Sie möchten sich in unserer Praxis behandeln lassen. Dadurch kommt automatisch ein Behandlungsvertrag zustande. Die im Behandlungsvertrag personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Kontaktdaten, sowie Gesundheitsdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigung erhoben.

Für jede darüberhinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des/der Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt freiwillig erteilen.

Ich willige ein, dass das MVZ Orthopädie Mühlenkamp bei medizinischer Notwendigkeit meine Daten von/an (bitte zutreffendes ankreuzen)

☐ weiter-/mitbehandelnde Ärztinnen/Ärzte ☐ Krankenhäuser

☐ Apotheken, Sanitätshäuser ☐ Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten

anfordern bzw. weitergeben darf.

☐ Ich wünsche **KEINE WEITERGABE** meiner Daten an andere medizinische Einrichtungen oder sonstige Dritte.

Ich willige ein, dass das MVZ Orthopädie Mühlenkamp meine Daten dann von/an o.g. Partner via/per (bitte zutreffendes ankreuzen)

☐ FAX ☐ Post

empfangen/versenden darf.

Name:	**Anschrift:**
Hausärztin/Hausarzt:	
Überweisende(r) Ärztin/Arzt:	
Sonstige(r) Ärztin/Arzt:	

Bitte Rückseite beachten!

© F044 – 06/2026

ORTHOPÄDIE

UNFALLCHIRURGIE

SPEZIELLE ORTHOPÄDISCHE CHIRURGIE

SPEZIELLE UNFALLCHIRURGIE

RHEUMATOLOGIE

SPORTMEDIZIN

Mühlenkamp 33a
22303 Hamburg
Tel. 040/27 83 99 0
Fax 040/27 83 99 50
orthopaedie-muehlenkamp
@helios-gesundheit.de
www.mvz-om.de

OPERATIVE ABTEILUNG

Orthopädische Chirurgie Hamburg

Helios ENDO-Klinik Hamburg

Holstenstraße 2
22767 Hamburg

MVZ
ORTHOPÄDIE
MÜHLENKAMP

Bei einer persönlichen Anforderung von Unterlagen, Rezepten, etc. für mich, bin ich damit einverstanden, dass mir meine Unterlagen per

☐ Post ☐ E-Mail **(keine Befundübermittlung)**

zugesendet werden dürfen.

Ich bin mit einer Terminerinnerung via SMS einverstanden

☐ JA Mobilnummer: _____

☐ NEIN

Ebenfalls darf/dürfen folgende Person(en) o.g. Unterlagen für mich abholen/entgegennehmen. Bitte Namen in Druckbuchstaben angeben:

_____

_____

_____

_____

Ich bin mir bewusst, dass ich diese Einwilligung oder Teile davon jederzeit und ohne Angabe von Gründen in der Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum _____ _____

Unterschrift Patient(in)

_____

Erziehungsberechtigte(r) / gesetzliche(r) Vertreter(in)

_____

Übersetzer(in) / Zeuge / Zeugin

_____

Vorname / Name

© F044 w06/2026