

**Wichtige Hinweise:**

**Wer kann medizinische Dokumentation anfordern?**

Der/die Patient:in selbst oder eine nachweisliche bevollmächtigte Person (z. B. durch Vorsorgevollmacht, Betreuung, Einsichtsrecht nach § 630 BGB) können Medizinische Dokumentation anfordern und die Aatalklinik Wünneberg gegenüber weiteren Empfängern (z. B. weiterbehandelnde Therapeuten, Fachärzten) von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden. **Bitte fügen Sie den Nachweis Ihrer Bevollmächtigung bei.** Sie haben die Möglichkeit die medizinische Dokumentation an sich selbst senden zulassen oder den Versand an weitere Empfänger auszuwählen. Hierzu müssen Sie die Aatalklinik Wünneberg von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden.

**Übermittlungsweg.**

Der Versand der medizinischen Unterlagen erfolgt aus datenschutzrechtlichen Gründen ausschließlich per Post. Eine Zusendung per Fax oder Mail ist nicht möglich.

**Wichtiger Hinweis zur Heilmittelverordnung:**

Die ärztliche Verordnung von Heilmitteln nach HeilM-RL (§92 SGB V) sowie der Behandlungsbeginn durch ambulante Leistungserbringer kann unabhängig vom Vorliegen von Therapieberichten erfolgen.

**Angaben Patient:in**

Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Rehabilitationsaufenthalt	von	bis

**Art der Daten, die übermittelt werden sollen:**

<input type="checkbox"/> Ärztlicher Entlassungsbrief
<input type="checkbox"/> Therapiebericht(e)
<input type="checkbox"/> Sonstiges:

- Ich bitte um Zusendung der o.g. medizinischen Dokumentation an den/die Patientin selbst oder an die folgende bevollmächtigte Person:**

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

und/oder:

- Ich bitte um Zusendung der medizinischen Dokumentation an weitere Empfänger. An welche Person/Institution sollen die Daten übermittelt werden?**

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname/Institution (Praxis/Klinik)

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

Ich willige in die Übermittlung meiner oben genannten medizinischen Dokumentation an den/die aufgeführten Empfänger:in ein. Für diese Zwecke entbinde ich die Behandler der Aataalklinik Wünnenberg GmbH von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den genannten Empfängern. Die Weitergabe der personenbezogenen Daten erfolgt ausschließlich zum Zweck der weiteren Behandlung, Förderung und Betreuung während oder im Anschluss an die Rehabilitation (Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 9 Abs. 2 lit. a DS-GVO). Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, ohne dass daraus Nachteile für die behandelte Person entstehen. Ein Widerruf ist schriftlich oder mündlich möglich.

Ort/Datum

Unterschrift Patient:in/ gesetzliche Vertreter:in/ bevollmächtigte Person

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular ggf. mit dem Nachweis einer Bevollmächtigung an [chefarztsekretariat@ataalklinik.de](mailto:chefarztsekretariat@ataalklinik.de)