



Name, Vorname	
Geburtsdatum	

Einwilligungserklärung die **nicht** erwünscht ist bitte streichen

- ☐ **Notfalldatensatz (NFD)**
- ☐ **Datensatz Persönliche Erklärungen (DPE)**
- ☐ **Elektronischer Medikationsplan (eMP)**

Ich willige in eine Teilnahme zur Nutzung der oben ausgewählten Erklärungen ein.

Ich willige in die damit verbundene Erstellung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten ein.

Mein Arzt ist bei Anlage und Aktualisierung berechtigt eine elektronische Kopie für die eigene Dokumentation der medizinischen Leistung zu erstellen.

Ich bin mir bewusst, dass meine Einwilligung freiwillig ist und ich weiß, dass ich keine Nachteile erleide, wenn ich die Einwilligung nicht erteile.

Ich bestätige außerdem, dass mir das Einverständnis meiner Kontaktperson, die im Notfall zu benachrichtigen ist, zur Aufnahme, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten vorliegt.

Die Einverständnisse gelten bis auf Widerruf.

Unterschrift: _____

Ort, Datum: _____



Bitte füllen Sie folgende Felder aus die auf der Gesundheitskarte gespeichert werden sollen.

Notfalldatensatz

Kontaktdaten Benachrichtigungskontakt Name, Vorname Adresse/Telefonnummer	
Diagnosen	
Allergien Substanz / Reaktion	
Gegebenenfalls: Sonstige Hinweise, z.B. Implantate Kommunikationsstörung Usw.	

Datensatz Persönliche Erklärungen:

Gewebe-/ Organspendeerklärung Ablageort Beschreibung	Ja/Nein
Vorsorgevollmacht: Ablageort Bevollmächtigter Kontaktdaten	Ja/Nein
Patientenverfügung Ablageort	Ja/Nein