



PATIENTENEINWILLIGUNG ZUM DATENAUSTAUSCH

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln (z.B. mittels Arztbrief) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, benötigen wir Ihre Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Mitbehandler und Leistungserbringer nicht möglich.

Andernfalls müssen wir Sie bitten, die Daten selbst an die Leistungserbringer zu übermitteln bzw. bei diesen einzuholen. Wir weisen Sie darauf hin, dass die übermittelten Daten Rückschlüsse auf Ihr Krankheitsbild zulassen. Ihre Einwilligung können Sie uns nachfolgend erteilen:

Persönliche Einwilligungserklärung:

Name: _____ Geb. Datum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Gesetzliche/r Vertreter/in (falls vorhanden): _____

Ich stimme der Verwendung meiner personenbezogenen Daten zu folgenden Zwecken zu:

Übermittlung des Untersuchungsergebnisses an die zuweisende Praxis ja nein

Übermittlung des Untersuchungsergebnisses an andere Praxen oder med. Einrichtungen, die an der Behandlung beteiligt sind ja nein

Einholen von Vorbefunden von anderen Praxen oder med. Einrichtungen ja nein

Kommunikation per Fax, falls der verschlüsselte elektronische Datenaustausch mit Ihrer überweisenden Praxis nicht möglich ist ja nein

Vollmacht zur Abholung von Patientenunterlagen

(Bevollmächtigte bringen einen gültigen Personalausweis mit).

Bevollmächtigt zur Abholung von Dokumenten aus der Praxis sind folgende Personen:

1. (Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Adresse)

2. (Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Adresse)

Die Vollmacht gilt für folgende Dokumente:

Rezepte Überweisungsscheine Befunde / Dokumente Sonstiges

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungen jederzeit, auch teilweise, widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in/ ggf. gesetzliche/r Vertreter/in