



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

zur Informationsweitergabe / Schweigepflichtentbindung / Datenschutzverordnung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wie in unserer ausführlichen Information zum Datenschutz dokumentiert, nehmen wir den Schutz Ihrer persönlichen Daten ernst und halten uns an die Regeln der gesetzlichen Datenschutz-Verordnung. Wir bitten Sie diese Einverständniserklärung auszufüllen und zu unterschreiben. Bedenken Sie bitte, dass wir ohne Ihre Einwilligung gegebenenfalls nur eingeschränkt arbeiten können.

Name / Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße / Hausnr. / PLZ Ort _____

Telefon / E-Mail _____

Name des Hausarztes _____

Anschrift _____

Folgende Vertrauenspersonen sind dazu berechtigt die für mich ausgestellten Rezepte und Befundberichte entgegenzunehmen:

Name / Vorname _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnden Ärzte die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde mit meinem Hausarzt/anderen Ärzten und sonstigen Leistungserbringern, bei denen ich unter- sucht wurde, oder in Behandlung bin, schriftlich oder telefonisch austauschen. Dies gestatte ich auch auf elektronischem Wege (Fax, E-Mail, E-Brief). **Sofern ich hiermit der Übermittlung meiner Daten zugestimmt habe, sind die betreffenden Personen, bzw. Institutionen (u. a. Radiologische Institute, Laborgemeinschaften) verpflichtet, diese Informationen den behandelnden Ärzten zur Verfügung zu stellen.** Die behandelnden Ärzte dürfen diese Daten und Befunde nur zum Zwecke der von ihnen zu erbringenden Leistungen verwenden.

JA NEIN Im Falle einer Praxisübergabe gestatte ich, dass meine persönlichen und medizinischen Daten einem Praxismachfolger ohne Einschränkungen überlassen werden.

JA NEIN Ich bin damit einverstanden, dass über bei mir durchgeführte Voruntersuchungen und/oder bestehende Vorerkrankungen Befunde angefordert und elektronisch in meinen Patientendaten archiviert werden.

JA NEIN Ich bin daran interessiert über neue Entwicklungen/Therapien (auch im Rahmen einer Studienteilnahme), die meine Erkrankung betreffen, informiert zu werden.

Ich wurde hiermit darüber in Kenntnis gesetzt, dass ich vereinbarte Termine, die ich nicht wahrnehmen kann, mindestens 24 Stunden vorher telefonisch oder per Mail absagen muss.

Die Praxis behält sich das Recht, mich über bevorstehende Termine zu informieren.

Mir ist bekannt, dass ich das Einverständnis zur Weitergabe meiner persönlichen und medizinischen Daten jederzeit gesamt oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Hierfür genügt ein formloses Schreiben an die oben genannte Anschrift.

Eine ausführliche Information zum Datenschutz der Praxis habe ich zur Kenntnis genommen. Dies bestätige ich mit meiner Unterschrift.

Ort / Datum

Unterschrift Patientin / Patient - bzw. Betreuerin / Betreuer