

HAUSARZTZENTRUM

Patienteneinwilligung für Datenaustausch mit anderen Leistungserbringern und unsere Kontaktaufnahme zu Ihnen

Nachname, Vorname, Geburtsdatum

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zum Schutz Ihrer Daten sind wir grundsätzlich verpflichtet. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen erheben und verarbeiten wir Ihre Daten. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) zu übermitteln (z.B. mittels Arztbrief) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer expliziten Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Mitbehandler und Dienstleistungserbringer möglicherweise nicht möglich. Andernfalls müssen wir Sie bitten, die Daten selbst an die Leistungserbringer zu übermitteln oder von diesen einzuholen. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten (z.B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnosen) über meine Behandlung zum Zwecke weiterer Behandlungen, sonstiger ärztlicher Versorgung und lückenloser Dokumentation in dem erforderlichen Umfang an alle weiterbehandelnden Ärzte/Krankenhäuser/MVZ/Labore weitergegeben werden darf. Außerdem dürfen meine personenbezogenen Daten von diesen im erforderlichen Umfang eingeholt werden.

Sollte der Datenaustausch ausschließlich mit bestimmten Ärzten/Krankenhäusern/MVZ/Laboren gewünscht sein, bitte hier auflisten:

Falls nötig, möchte ich an Kontrolluntersuchungen sowie vereinbarte oder medizinisch notwendige Behandlungstermine erinnert werden und bin einverstanden, dass mich die Praxis per Mail, SMS oder Telefon hierfür kontaktiert.

Mir ist bekannt, dass ich alle Einwilligungen gegenüber der Ärztin/dem Arzt jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt dabei nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Ort	Datum	Unterschrift

Ggfs Rückseite beachten.

HAUSARZTZENTRUM

[Nur für Bestandspatienten]

Patienteneinwilligung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

diese Praxis ist von einem neuen Eigentümer übernommen worden und wird am selben Standort weitergeführt.

Im Rahmen Ihrer Behandlung möchten wir Ihre bisherigen Behandlungsdaten gerne zum Zwecke der Fortführung der Behandlung weiterhin nutzen. Sollten Sie dem widersprechen, darf auf die bisher durch die Praxis erhobenen Daten (Ihre Patientenakte) ab jetzt nicht mehr zugegriffen werden.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie freiwillig der Weiterführung und Nutzung Ihrer erhobenen Patientenakte ausdrücklich zu. Ein Widerruf ist möglich, solange keine gesetzlichen Regelungen wie Aufbewahrungsfristen entgegen sprechen.

Bei Fragen stehen Ihnen Ihre Ärzte weiterhin zur Verfügung.

Ort	Datum	Unterschrift



Praxis Stempel