

Patienteneinwilligung zur Verarbeitung, Übermittlung und Einholung von Daten

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, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Mitbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Ansonsten müssen Sie ggf. selbst die notwendigen Informationen zur Verfügung stellen. Rezepte, Verordnungen und ähnliche Daten dürfen nur an Sie unmittelbar herausgegeben werden. Es bedarf Ihrer Einwilligung, wenn diese an Dritte, z. B. Angehörige oder Pflegeeinrichtungen, herausgegeben werden sollen. Der Abholer muss sich dabei entsprechend ausweisen. Wir weisen Sie darauf hin, dass die Herausgabe von Dokumenten einen Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild zulässt.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team Praxis Dr. Mücke

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

I. Versorgung und Behandlung nach dem Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V)

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestandes des Behandlungsverhältnisses mein o.g. Vertragsarzt mich betreffende Behandlungsdaten, Befund und Verordnungen bei anderen Ärzten, Psychotherapeuten und weiteren medizinischen Leistungserbringern (Krankenhäuser, Pflegedienste, etc.) jeweils auf gesetzlicher sowie vertraglicher Grundlage zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg anfordern und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten übermitteln bzw. übergeben darf.

II. Berechtigung Dritter (optional)

Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgende benannte Dritte aufgelistete Daten und Verordnungen (Zutreffendes bitte ankreuzen) durch den oben genannten Vertragsarzt übermittelt bzw. übergeben werden dürfen, so dass die ärztliche Verschwiegenheit und die datenschutzrechtliche Vertraulichkeit insofern nicht gelten für:

Angehörige / Lebenspartner / Sonstige Berechtigte

1. Name, Vorname, Geburtsdatum ----- ----- (ggf. Angabe Beziehungsverhältnis, z.B. Ehepartner, Eltern, Kind, Freunde)	<input type="checkbox"/> Personenbezogene Daten <input type="checkbox"/> Behandlungs- und Befunddaten <input type="checkbox"/> Verordnungen- und Rezepte <input type="checkbox"/> Medikationspläne
--	---

2. Name, Vorname, Geburtsdatum ----- ----- (ggf. Angabe Beziehungsverhältnis, z.B. Ehepartner, Eltern, Kind, Freunde)	<input type="checkbox"/> Personenbezogene Daten <input type="checkbox"/> Behandlungs- und Befunddaten <input type="checkbox"/> Verordnungen- und Rezepte <input type="checkbox"/> Medikationspläne
--	---

3. Name, Vorname, Geburtsdatum ----- ----- (ggf. Angabe Beziehungsverhältnis, z.B. Ehepartner, Eltern, Kind, Freunde)	<input type="checkbox"/> Personenbezogene Daten <input type="checkbox"/> Behandlungs- und Befunddaten <input type="checkbox"/> Verordnungen- und Rezepte <input type="checkbox"/> Medikationspläne
--	---

Transportunternehmen / Fahrdienst

Personenbezogene Daten

Mir ist bewusst, dass von o. a. berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind. Auch von medizinischen Leistungserbringern der Ziffer I., deren Mitarbeiter in meinem Interesse in der Praxis erscheinen (z.B. Pflegeheim, Sanitätshaus, Häusliche Krankenpflege etc.) kann insofern ein Identifikationsnachweis erforderlich sein.

III. Wiederrufmöglichkeit

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

Bonn, den _____

Ort Datum

Unterschrift