

Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
mit unserer im Wartezimmer aushängenden „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z. B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z. B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z. B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selbst die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Einwilligung in die Datenweitergabe

Hiermit willige ich,

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung in dieser Praxis an

☐ den weiterbehandelnden Arzt Name:

☐ die mitbehandelnden Ärzte Name:

☐ das Krankenhaus Name:

☐ Sonstige:

☐ Daten und Proben (z. B. Blut) zum Zweck der Untersuchung an das Labor Dr. Stein und Kollegen bzw. unsere Laborgemeinschaft

weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin / dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Korschenbroich,
Datum

Unterschrift

Wenn Sie es wünschen, wird Ihnen eine Kopie dieser Einwilligungserklärung ausgehändigt.