

Patienteneinwilligung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „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) übermitteln zu dürfen und Ihnen weitere Service-Angebote anbieten zu können, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich, _____

geboren am ____ . ____ . _____ ein,

dass mein behandelnder Hausarzt _____
Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die mitbehandelnden Ärzten,
Psychotherapeuten oder anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin,
vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinem
Hausarzt weiterzuleiten. Mein Hausarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und
weiteren Behandlung verwenden.

dass mein behandelnder Hausarzt Behandlungsdaten und Befunde an mitbehandelnde
Ärzte oder andere Leistungserbringer, bei denen ich in Behandlung bin, weiterleitet.

dass an folgende Angehörige/Personen, nachdem deren Identität festgestellt wurde,
Behandlungsdaten weitergegeben werden dürfen:

Name: _____ Adresse/Telefon: _____

Name: _____ Adresse/Telefon: _____

dass Unterlagen per E-Mail/Fax geschickt werden.

dass Rezepte und/ oder Verordnungen direkt an _____
weitergeleitet werden.

dass meine Daten für einen Erinnerungsservice („Recall“) per Post E-Mail SMS
verwendet werden dürfen.

dass meine Daten zur Erstellung von Privatrechnungen an folgende Firma weitergeleitet
werden _____

Dass ich diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter