

Einverständniserklärung

Zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gemäß §73 Abs. 1b SGB V

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Patientendaten unterliegen dem Datenschutz. Die Informationen, die Ärzte über ihre Patienten sammeln und nutzen, fallen zudem unter das Arztgeheimnis und damit unter eine besondere Verschwiegenheitspflicht. Die Weitergabe von Patientendaten bedarf der Zustimmung des Betroffenen, also einer Einverständniserklärung zur Datenübertragung, wenn keine gesetzliche Grundlage dies vorsieht.

Es ist rechtlich geregelt, dass wir Patientendaten nur erheben und übermitteln dürfen, wenn Sie damit einverstanden sind. Im Laufe der Behandlung kommt es jedoch immer wieder vor, dass mitbehandelnde Stellen (Fachärzte, Krankenhäuser, Kurkliniken, Labor, Hausärzte, Krankenkassen, MDK, Kassenärztliche Vereinigung, Deutsche Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften, Agentur für Arbeit, Physiotherapeut) z.B. Befundberichte von uns benötigen. Damit diese Ärztinnen und Ärzte auf Anfrage die Daten von uns erhalten dürfen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Nur wenn dieses vorliegt, werden die Daten weitergeleitet.

Ich

(Name/Vorname)

(Geb. Datum)

bin damit einverstanden, dass meine Daten bzw.

die Daten meines Kindes

bin damit **nicht** einverstanden, dass meine Daten bzw. die Daten meines Kindes

(Name /Vorname des Kindes)

(Geb. Datum)

zum Zweck der Mit- und Weiterbehandlung an die oben genannten Institutionen weitergegeben werden. Des Weiteren dürfen diese elektronisch verarbeitet werden und vertretungshalber mit dem Kollegen aus der hiesigen Praxisgemeinschaft sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person ausgetauscht werden, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst auch die in der Praxisgemeinschaft tätigen Hilfspersonen (MFA). Meine Daten verbleiben auf dem System der Praxis und werden nur innerhalb des Patientenverwaltungsprogrammes genutzt.

Sie dürfen für Laboruntersuchungen an die Laborgemeinschaft sowie deren externe Konsiliarlabore weitergegeben werden. Daten und Befunde, die von der Praxis bei anderen Ärzten und Kliniken erhoben werden, dürfen für die Behandlung von der Praxis verarbeitet, gespeichert und genutzt werden. (Nicht zutreffendes bitte streichen)

Unterschrift Patient (Erziehungsberechtigter/gesetzl. Vertreter)

Ort, Datum

Vollmacht:

Der nachstehend genannten Person(nen) erlaube ich, Unterlagen (Rezepte, Überweisungen, Befunde usw.) für mich/meine Kinder/meiner zu betreuenden Person in der Praxis abzuholen.

(Name/Vorname der bevollmächtigten Person)

(Geb. Datum)

Sie haben das Recht, diese Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung jederzeit zu widerrufen.