

Patienteneinwilligung zum Datenschutz

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. Anderenfalls müssen wir Sie bitten, die Daten selbst an die Leistungserbringer zu übermitteln oder von diesen einzuholen. Für die Auskunft und den Austausch Ihrer Daten an und mit Ihren Angehörigen, bedarf es ebenfalls Ihrer Einwilligung. Wir weisen Sie darauf hin, dass auf Basis der genannten Dokumente einen Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild zulässt.

Für eine ausführliche Information zum Verarbeitungszweck Ihrer Daten, Ihren Rechten und der Rechtsgrundlage verweisen wir auf die im Empfang und im Wartezimmer ausgelegte Patienteninformation zum Datenschutz.

Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten (z. B. Stammdaten, Versicherungsdaten und Gesundheitsdaten) zum Zwecke der weiteren Behandlung und lückenlosen Dokumentation:

- an meinen weiterbehandelnden Facharzt: _____
- an meinen Hausarzt: _____
- im Rahmen eines stationären Aufenthaltes an das entsprechende Krankenhaus (zwecks Befundübermittlung).
- an die Radiologie (zwecks Befundübermittlung): _____
- an die Apotheke (Übermittlung von Rezepten und Verordnungen): _____
- an das Labor: _____
- an meinen Psychotherapeuten: _____
- an meinen Physio- / Ergotherapeuten, Logopäden: _____
- an meinen Pflegedienst: _____
- an mein Seniorenheim: _____
- an meine Angehörigen zur Rezeptabholung, zur Information über mein Gesundheitszustand (Name, Anschrift, Geburtsdatum): _____

- weitergegeben** werden dürfen.
- von diesen über meine Behandlung dort im erforderlichen Umfang **eingeholt** werden dürfen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Dali alle nötigen Informationen , die meine Behandlung betreffen, mit den o.g. Dritten (Ärzten, Laboratorien, Krankenhäusern etc.) sowohl postalisch als auch digital (z. B. per Fax) zu den o.g Zwecken austauschen darf. Diese Einwilligung kann jederzeit in Teilen (gemäß § 35 BDSG-neu) oder im Ganzen (gemäß § 35 BDSG-neu) gemäß Art. 7 Abs. 3, Art. 13 Abs. 2, Art. 14 Abs. 2d DS-GVO widerrufen werden.

Ort, Datum, Unterschrift (Patient/Bevollmächtigter)