

## **Patienteneinwilligung zur 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 Mit Behandler 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.

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Hausarzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Dazu werden insbesondere folgende personenbezogene Daten verarbeitet: Name, Adresse, Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versicherungsstatus, Anamnese, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde, die wir oder andere Ärzte erhoben haben, einschließlich Arztbriefe und Ergebnisse bildgebender Verfahren.

Diese personenbezogenen Daten werden von uns unter strikter Beachtung des Datenschutzes nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies aus medizinischen oder abrechnungstechnischen Gründen erforderlich ist. Die Weitergabe erfolgt nur im Rahmen des Behandlungsauftrages und zu Zwecken der Abrechnung erbrachter Leistungen an andere Ärzte, Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen und nur in dem Umfang, der zu Erreichung des Zweckes der Weitergabe erforderlich ist.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten und die Weitergabe an die o.g. Dritten ein. Meine Rechte, insbesondere zum Widerruf dieser Einwilligung, sind mir bekannt. Die Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich oder per Email an die Praxis mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

**Name und Vorname in Druckbuchstaben:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Ort und Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

## PATIENTENEINWILLIGUNG ZUR ÜBERMITTLUNG UND EINHOLUNG VON DATEN

### I. REZEPTE UND VERORDNUNGEN

Ich willige ein, dass

Rezepte

Überweisungen

Verordnungen

Medikationspläne

\_\_\_\_\_

an

Angehörige / Personen (bitte Namen einsetzen) \_\_\_\_\_

Mitarbeiter des Pflegedienstes / Seniorenheims \_\_\_\_\_

Apotheke \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

übermittelt / übersendet werden dürfen.

von diesen abgeholt werden dürfen.

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.

**Name und Vorname in Druckbuchstaben:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Ort und Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_