

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer Patienteninformation zum Datenschutz haben wir Sie ausführlich über den Umgang mit Ihren Daten in unserer Praxis unterrichtet. So ist die Weitergabe von Patientendaten an Dritte nur dann erlaubt, wenn dies gesetzlich zulässig ist. (Beispielsweise um den Behandlungsvertrag zu erfüllen oder diesen bei der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen zu können.)

Daten-Weitergaben im Zusammenhang mit ihrer Behandlung an Leistungserbringer (z.B. Terminabsprachen, Befunde oder Arztbriefe an Krankenhäuser, Labore oder andere Arztpraxen, ggf. unverschlüsselt per Telefax) bedürfen ihrer ausdrücklichen Zustimmung. Ansonsten ist uns eine Weitergabe ihrer Daten an nachbehandelnden Einrichtungen nicht gestattet. Das bedeutet, dass Sie selbst die notwendigen Informationen weitergeben müssen.

Im Rahmen unserer Schweigepflicht ist es ohne ihre ausdrückliche Einwilligung auch nicht möglich, dass Ehepartner, Verwandte oder Bekannte Auskunft über ihre Behandlung informiert werden oder Dokumente (Rezepte, Überweisungen usw.) ausgehändigt bekommen.

Durch die nachfolgende Erklärung können Sie uns ihre Einwilligung für die von Ihnen gewünschten Freigaben erteilen.

Wichtig: Diese Freigabe können Sie jederzeit widerrufen. Der Widerruf wird ab Widerrufseingang wirksam. Bis dahin weitergegeben Daten bleiben aufgrund dieser Erklärung rechtmäßig!

Patienteneinwilligung und Schweigepflicht-Entbindung zu Behandlung

Erklärende Patientin / erklärender Patient:

Vorname und Nachname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

→ Hiermit willige ich ein, dass Daten meiner ärztlichen Behandlung an diese/-n Leistungserbringer weitergegeben werden dürfen an:

den mit-/weiterbehandelnden Arzt _____

das Krankenhaus _____

das Labor _____

→ Hiermit willige ich ein, dass die Praxis bei der/den nachfolgend benannten Person/-en für die angekreuzten Optionen von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden wird:

Vorname und Nachname: _____

Vorname und Nachname: _____

Vorname und Nachname: _____

Informationen zum Gesundheitszustand und Behandlungsverlauf

Informationen über die Laborwerte

Aushändigung von Dokumenten

(Rezepte, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen Überweisungen, Einweisungen etc.)

Ich bin aufgeklärt worden, dass ich die hier erteilte Einwilligungserklärung und/oder Schweigepflichtentbindung nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann.

Ort und Datum

Unterschrift