

Einverständniserklärung

zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gemäß §73 Absatz 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 weitere Stellen (Fachärzte, Krankenhäuser, Kur-Kliniken, Speziallabore, Hausärzte, Krankenkassen, 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

die Daten meines Kindes

Name, Vorname

Geb. Datum

die Daten meiner zu betreuenden Person

Name, Vorname

Geb. Datum

- zum Zweck der Mit- und Weiterbehandlung an die oben genannten Institutionen weitergegeben werden.
- von der Praxis bei anderen Ärzten und Kliniken erhoben werden. Diese für die Behandlung notwendigen Daten und Befunde dürfen von der Praxis verarbeitet, gespeichert und genutzt werden.
- Sie dürfen für Laboruntersuchungen die an die Laborgemeinschaft, sowie deren externen Konsiliarlabore weitergegeben werden.

(Nicht zutreffendes bitte streichen)

Mein Hausarzt ist: _____

bin NICHT damit einverstanden, dass meine Daten weitergeleitet werden.

Hinweis: Unsere Datenschutzerklärung finden Sie unter <https://diabetologie-stolz.de/datenschutz/>

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/gesetzlicher Vertreter

Vollmacht

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

Name(n), Vorname(n)

Sie haben das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung ganz oder teilweise zu widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/gesetzlicher Vertreter