

Einverständniserklärung

Zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs.1b SGB V

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer ‚Einverständniserklärung‘ werden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung eines Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung).

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (wie z.B. Krankenhäuser, andere Ärzte oder Labore) übermitteln zu dürfen bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese Einwilligung ist eine adäquate Information der Ärzte oder Leistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selbst die notwendigen Informationen liefern.

Ihre Einwilligung können Sie uns in folgendem erteilen:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- die Gemeinschaftspraxis Wiesenstraße zum Zwecke meiner Dokumentation und Weiterbehandlung mich betreffende Unterlagen und Befunde von behandelnden Ärzten und Leistungserbringern anfordern darf.
- die Gemeinschaftspraxis Wiesenstraße mich betreffende Unterlagen oder Befunde an andere mich behandelnde Ärzte und Leistungserbringer (wie z.B. Labor, Pathologie etc.) übermitteln darf.
- bei einem Arztwechsel, die Praxis Wiesenstraße meinem neuen Arzt oder Ärztin die über mich gespeicherten Unterlagen übermitteln darf.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- die unten genannte Person für mich Rezepte oder Überweisungen abholt.
- die unten genannte Person mich betreffende Informationen oder Befunde erhält.

Name, Vorname

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Essen, den _____

Datum

Name, Vorname
