

# Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis



Liebe Patientin, lieber Patient,

mit unserer "Patienteninformation zum Datenschutz" wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung eines Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser oder Labore) übermitteln zu können (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann gegebenenfalls selbst die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erstellen:

## Einwilligung in die Datenweitergabe

Hiermit willige ich,

**Name:** \_\_\_\_\_

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

**Adresse:** \_\_\_\_\_

ein, dass Daten über die Ärztliche Behandlung in der Praxis Fr. Tatjana Richter, Keplerstr. 20, 53842, Troisdorf an:

- Weiterbehandelnde Ärzte (z.B. Fachärzte, Kardiologen, etc.)
- Krankenhäuser
- Das MVZ Labor Dr. Limbach & Kollegen GbR, Im Breitspeil 16m, 69126, Heidelberg oder ggf. Anderen
- Kranken- und Rentenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung, der Bezirksregierung oder dem Gesundheitsamt, der Medizinischen Dienst der Krankenkassen

Weitergegeben werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für den Bereitsteller der Praxis-Software sowie dem IT-Berater der Praxis einsehbar sind. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die vorgelegte "Patienteninformation zum Datenschutz" gelesen habe.

Ich bin damit einverstanden, dass ich in den Praxisräumen namentlich angesprochen und aufgerufen werde.

Mir ist bekannt und ich willige ein, dass für meine Daten in der Regel eine gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren vorgesehen sind.

Ich verpflichte mich zur Verschwiegenheit bezüglich in den Praxisräumen zufällig gehörter oder erfahrener, personenbezogener Daten anderer Personen.

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung gegenüber der Ärztin nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig

**Troisdorf, den:** \_\_\_\_\_ **ggf. Name gesetzlicher Vertreter:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_