

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 Mitbehandler 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.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Adel Abu Dahi

PATIENTENEINWILLIGUNG

ZUR ÜBERMITTLUNG UND EINHOLUNG VON DATEN

I. DATENAUSTAUSCH MIT LEISTUNGSERBRINGERN

Hiermit willige ich,

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

ein, dass meine personenbezogenen Daten (z. B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die Behandlung zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung, lückenlosen Dokumentation

bei Dr. med. Adel Abu Dahi & Kollegen, Hullerstr. 2, 37574 Einbeck

in dem erforderlichen Umfang an

☐ die/den weiterbehandelnde(n) Ärztin/Arzt (Name/Anschrift) _____

☐ das Krankenhaus / das MVZ _____

☐ das Labor _____

☐ _____

☐ weitergegeben werden dürfen.

☐ von diesen über meine Behandlung dort **im erforderlichen Umfang eingeholt** werden dürfen.

II. 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.

_____ den

Ort

Datum

Unterschrift