

Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten und medizinischen Befunden



gemäß §73 Abs. 1b SGB V

| NAME | Vorname | Geburtsdatum |
|------|---------|--------------|
|------|---------|--------------|

Sehr geehrte/r Patient/in,

während Ihrer Behandlung in unserer Praxis werden Daten erhoben, mit denen wir verantwortungsvoll und sorgsam umgehen. Bitte lesen Sie diese notwendige Schweigepflichtentbindung sorgfältig.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich **einverstanden**, dass meine Daten im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. **Labor Dr. v. Froreich/ Bioscentia, Hamburg**, meinen jeweiligen **Kostenträgern** (z.B. Krankenkasse, Rentenversicherungsträger), meine **Apotheke** und andere mich mitbehandelnden **Ärzte** übermittelt werden dürfen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei **anderen Ärzten** und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung **anfordert**.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft **widerrufen** kann.

| | |
|------------|--|
| Ort, Datum | Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Betreuer/in |
|------------|--|

Um auch Angehörigen (z.B. Ehepartner, Kinder oder Lebensgefährten/innen) Befunde mitteilen zu dürfen bzw. Rezepte, Überweisungen etc. aushändigen zu dürfen, brauchen wir Ihre schriftliche Einwilligung.

Ich bin damit **einverstanden**, dass Informationen an die folgenden Personen (nachdem deren Identität ggf. auch telefonisch festgestellt wurde) weitergegeben werden dürfen.

Bitte eintragen: Name – Verwandtschaftsgrad – Telefonnummer (wichtig!!)

1. _____
2. _____
3. _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft **widerrufen** kann.

| | |
|------------|--|
| Ort, Datum | Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Betreuer/in |
|------------|--|

Einverständniserklärung zur Übermittlung medizinischer Befunde



NAME

Vorname

Geburtsdatum

Gelegentlich werden Labordaten oder auch andere Befunde telefonisch oder per E-mail von Ihnen abgefragt.

Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich damit einverstanden, dass mir medizinische Befunde, Untersuchungsergebnisse sowie damit zusammenhängende Informationen durch die Gemeinschaftspraxis Ellerau auf folgenden Kommunikationswegen übermittelt werden dürfen:

- telefonisch
- per E-Mail
- per SMS

Mir ist bekannt, dass die genannten Kommunikationswege – insbesondere E-Mail und SMS – Sicherheitsrisiken aufweisen können (z. B. unbefugte Kenntnisnahme durch Dritte, Fehlzustellung oder unzureichende Verschlüsselung). Ich wurde darüber aufgeklärt und nehme diese Risiken bewusst in Kauf.

Ich entbinde die Praxis / Einrichtung insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB), als dies für die Übermittlung der oben genannten Informationen über die von mir gewählten Kommunikationswege erforderlich ist.

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir **jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen** werden. Der Widerruf kann mündlich oder schriftlich erfolgen.

Mir ist bekannt, dass mir aus einer Nichterteilung oder einem Widerruf dieser Einwilligung keine Nachteile in der medizinischen Behandlung entstehen.

Kontaktdaten Patient/-in

- Telefon: _____
- E-Mail: _____

Ich bestätige, dass die angegebenen Kontaktdaten korrekt sind und mir persönlich zugeordnet werden können.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft **widerrufen** kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Betreuer/in