

Patienteneinwilligung in die Datenweitergabe

Sehr geehrte Patientin,

seit dem neuen Datenschutzgesetz dürfen wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages und 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, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. Arztbriefe), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern.

Auch um Ihnen ein Service-Angebot (Recall für Vorsorgen und notwendige Kontrolluntersuchungen oder Impfungen) anbieten zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung. Für dieses Service-Angebot ist die Einwilligung freiwillig und das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname

Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu **folgenden Zwecken** verwendet und an **folgende Stellen** weitergeleitet werden: (bei Nichtzutreffen bitte streichen)

- Auftragslaboratorien zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können. Bei Privatleistung Abrechnungszentren des Labors. (Anschriften auf Wunsch zu erfragen.)
- mit- und weiterbehandelnde Ärzte und Krankenhäuser, ggf. Physiotherapeuten
- Befundmitteilung
- Terminerinnerung (freiwillig)
- Recall (freiwillig) per Brief, Telefon _____ (Telefonnummer freiwillig)
oder Email _____ (Emailadresse freiwillig)

Ich bin damit einverstanden, dass **Rezepte, Überweisungen etc. von folgenden Personen in meinem Namen** abgeholt werden dürfen: (freiwillige Angabe)

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zusätzlich **folgenden Personen** (z.B. bestimmte Familienangehörige, Betreuer) telefonisch Auskunft bzgl. meiner Daten und Befunde geben dürfen: (freiwillige Angabe)

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

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Ort / Datum / Unterschrift