

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Liebe Patienten,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Ich,

Hier bitte Name, Vorname und Geburtsdatum eintragen

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. med. Barbara Mathes, Heimstraße 15 in 89073 Ulm, meine persönlichen Daten erhoben und verarbeitet werden dürfen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte / Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.
- ich über meine Behandlung betreffenden Termine und Maßnahmen in Kenntnis gesetzt werde.
- Befunde, Berichte, Laborergebnisse und andere sensible Daten nach Aufforderung meinerseits, sowie Terminerinnerungen über Mail an mich verschickt werden dürfen. Ich bin darüber informiert, dass Mails nicht verschlüsselt verschickt werden und übernehme dafür die Risiken!

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne Angehörige oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen.

Hier bitte Name, Vorname, Geburtsdatum des Dritten eintragen

Ein zusätzliches Informationsblatt zur EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) hängt im Wartezimmer aus.

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

Ihr Praxisteam

Datum

Unterschrift