

Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden sie darauf hingewiesen, dass wir ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (zum Beispiel zur Abwicklung des 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 (zum Beispiel andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln und auch anfordern zu dürfen (zum Beispiel mittels Arztbrief), bedarf es ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann gegebenenfalls selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Einwilligung in die Datenweitergabe

Hiermit willige ich,

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ein, das Daten über die ärztliche Behandlung in der Praxisgemeinschaft des Internistenteams Kamen (Dres. med. Fastenrath, Tschesche, Hülskamp, Balmaceda Schickentanz, Schulz, Beckmann, Brägelmann, Heine, Gesenhoff, Weismann, Petrat, Breckner, Garzarek, Jung), Nordenmauer 18, in 59174 Kamen an

- die weiterbehandelnden Ärzte
- die weiterbehandelnde Krankenhäuser
- das Labor

weitergegeben werden und wir ärztliche Daten von diesen Stellen auch anfordern dürfen.

Mir ist bekannt, dass sich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin / dem Arzt 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 bezogen auf die o.a. Datenweitergabe.

Kamen, den _____
Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters