



Name des Patienten:			
Geb.-Datum:		P-Nr.	

Liebe:r Patient:in,

Datenschutz wird in unserer Praxis großgeschrieben. Deshalb werden Ihre patientenbezogenen Daten von uns praxisintern strengstens vertraulich behandelt. Unsere Mitarbeiter sind zur Diskretion verpflichtet und haben diesbezüglich eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.

In Ausnahmen sind wir von Gesetzes wegen angewiesen, Ihre Patientendaten an Kostenträger z.B. Krankenkasse oder Rentenversicherung weiterzuleiten. In jedem Fall beschränken wir die Übermittlung auf die unbedingt notwendigen Informationen. Selbstverständlich werden Sie von uns darüber in Kenntnis gesetzt bzw. die geforderten Unterlagen werden zur Weiterleitung an Sie geschickt.

- ✓ Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies für meine Behandlung erforderlich ist. Alle Mitarbeiter sind zur Diskretion verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.
- ✓ Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermitteln und mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern darf.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein Hausarzt mich, um mir schnell und unkompliziert Informationen meine Behandlung betreffend zukommen zu lassen und offene Fragen klären zu können, **auch per E-Mail kontaktieren darf**.

Um Terminausfälle zu verhindern und mich Personalressourcen sparend über Terminverschiebungen zu informieren, darf mein Hausarzt mich ebenfalls per E-Mail benachrichtigen.

Mir ist bekannt, dass die Nutzung digitaler Medien grundsätzlich Sicherheitsrisiken birgt, welche nicht beeinflusst werden können.

Ich bin weiterhin mit der Übertragung folgender Daten **per E-Mail** einverstanden

- Erinnerungsservice** für wiederkehrende Vorsorge-Untersuchung/ Impfungen
- Rechnungsübermittlung
- Befunde

(standardmäßig mit Ihrem Geburtsdatum ohne Punkt und ausgeschriebener Jahreszahl verschlüsselt oder auf Wunsch mit Ihrem individuellen Passwort)

Meine Emailadresse lautet:

Ich bin mit einer Kontaktaufnahme über folgende Wege einverstanden

- Telefon (Erinnerungsservice)
- SMS (Erinnerungsservice, perspektivisch)
- Fax (Befundübermittlung)

## 2.5 dok1 Einverständnis Informationsweitergabe (vo.3)

Medizin am Berg, Bonn



Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass Informationen an folgende Angehörige weitergegeben werden, nachdem deren Identität am Telefon festgestellt wurde:

Name(n):

- Sollte ich den Hausarzt wechseln, bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Hausarzt meinem neuen Hausarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Hausarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Hausarzt anfordern darf.

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

Die Datenschutzerklärung (2.6-dok2 patienteninformation datenschutz) habe ich zur Kenntnis genommen.

Bonn, den