

2.5 dok1 Einverständnis Informationsweitergabe (vo.4)

Medizin am Berg, Bonn



2.5 dok1 Einverständnis Informationsweitergabe (vo.4)

Name des Patienten:			
Geb.-Datum:		Emailadresse	

Liebe Patientin, lieber Patient,

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.

Für unsere Arbeit und um meiner Funktion als Hausarzt gerecht zu werden gehen wir davon aus, dass sie sich damit einverstanden erklären, dass Ihre Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies für Ihre Behandlung erforderlich ist. Alle Mitarbeiter sind zur Diskretion verpflichtet und haben 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.

Ihr Einverständnis umfasst auch, dass Ihr Hausarzt Sie betreffende Behandlungsdaten und Befunde an Sie behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermitteln und Sie betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern darf.

Nachfolgend können Sie die Wege der Kontaktaufnahme und die dabei zu übertragenden Daten auswählen. Hierzu einige Erläuterungen:

- Ein Ankreuzen des E-Mail-Buttons ermöglicht, dass Ihr Hausarzt Ihnen schnell und unkompliziert Informationen betreffend Ihre Behandlung zukommen lassen und offene Frage mit Ihnen klären kann.
- Auch um Terminausfälle zu verhindern und Personalressourcen zu schonen, ist es wichtig, dass wir Sie über anstehende Termine bzw. deren Verschiebung informieren dürfen. Dafür benötigen wir sowohl Ihr Einverständnis in einen E-Mail-Kontakt als auch in den Erinnerungsservice.
- Und um Befunde per E-Mail mit Ihnen teilen zu können, die Sie möglicherweise zur Vorstellung bei einem Facharzt brauchen, bedarf es Ihres Kreuzes bei dem Icon „Befund“.

2.5 dok1 Einverständnis Informationsweitergabe (vo.4)

Medizin am Berg, Bonn



Bitte wählen Sie, die für Sie passende Kombination.

Ich bin 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)

Ich bin mit einer Kontaktaufnahme über folgende Wege einverstanden

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

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

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

(Unterschrift)