

Einwilligungserklärungen zum Datenschutz



Name, Vorname in Blockbuchstaben: _____

Geburtsdatum: _____

Zum Zwecke der notwendigen Weitergabe, Übermittlung, Anforderung, Kommunikation und Organisation von persönlichen Daten zur Identifikation und zum Gesundheitszustand, benötigen wir differenzierte Einwilligungen von Ihnen.

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte mit "ja" an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, kreuzen Sie diese mit "nein" an oder leisten keine Angabe.

Ich willige zu folgenden Möglichkeiten ein:

Dürfen wir Sie anrufen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zweck: Rückrufe zur Rücksprache und Informationsaustausch zur Behandlung und Terminen per Telefon.		
Geben Sie Ihre Telefonnummer an:		

Dürfen wir Sie anmailen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zweck: Kommunikation mit der Praxis mittels unverschlüsselter Mail. Es erfolgt keine Versendung von Gesundheitsdaten.		
Geben Sie Ihre Email-Adresse an:		

Dürfen wir telef./mündl. Informationen an jemanden herausgeben?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zweck: Herausgabe von telefonischen u./o. mündlichen Patienteninformationen (z.B. Laborwerte, Termine etc.) an andere Personen.		
Benennen Sie empfangsberechtigte Personen:		

Dürfen wir Ihre Daten an jemanden übermitteln?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zweck: Übermittlung Patientenunterlagen (Briefe/Befunde) an andere Personen/ (z.B. Hausärzte, Pflegedienste, Heime).		
Geben Sie an, wer berechtigt wird, Ihre Unterlagen durch uns zu erhalten:		

Einwilligungserklärungen zum Datenschutz

Dürfen wir Ihre Unterlagen bei anderen Ärzten anfordern?

ja

nein

Patientenerklärung:

Hiermit entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht zum Zwecke der notwendigen Weitergabe von persönlichen Daten zur Identifikation und zum Gesundheitszustand. Dies können z.B. Unterlagen wie Arztberichte, Befunde, Patientenakten, Überweisungen und andere Dokumente zum Gesundheitszustand sein.

Zweck: Schweigepflichtentbindung zwecks Anforderung Ihrer Patientenunterlagen von anderen Ärzten/Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen.

**Geben Sie an, bei wem wir
Unterlagen anfordern dürfen:**

Sie können jederzeit ohne Angaben von Gründen diese Einwilligungserklärung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft formlos widerrufen. Teilen Sie uns auch Änderungswünsche jederzeit mit, wenn Sie Angaben geändert haben möchten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Umsetzung bejahender Abfragen. Es bestehen keine Verständnisprobleme zur korrekten Umsetzung.

Tagesdatum

Unterschrift Patient(in) / gesetzl. Vertreter(in)