

PATIENTENEINWILLIGUNG / SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir dürfen Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist oder wir Ihre explizite freiwillig Einwilligung erhalten haben. Um Ihnen unsere Service-Angebote anbieten zu können, benötigen wir Ihre Einwilligung. Diese können Sie uns im Folgenden erteilen:

EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ich bin damit einverstanden, dass das Gesundheitszentrum Florastraße, Florastr. 94, 40822 Mettmann meine Daten für:

Kontaktaufnahme zur Befundbesprechung, Befundübermittlung, sowie bei Terminierung und Terminänderungen sowie einen Erinnerungsservice für wiederkehrende Untersuchungen per

Brief Telefon Email (unverschlüsselt) keine Zustimmung
verwenden darf.

An folgende Personen dürfen Auskünfte erteilt werden, außerdem bevollmächtige ich diese Rezepte, Befunde, Überweisungen usw. für mich abzuholen:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Mit der Übersendung von Rezepten direkt an die Apotheken und Sanitätshäuser (auf eigenem Wunsch)

bin ich einverstanden bin ich nicht einverstanden

Das Ergebnis der Untersuchungen an mit- und weiterbehandelnde Ärzte kann geschickt werden per:

Brief E-Mail (unverschlüsselt) Telefon Fax keine Zustimmung

Die Praxis ist berechtigt Vorbefunde und andere Behandlungsdaten bei meinem Hausarzt, bzw. überweisenden Arzt, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist, anzufordern. Hiermit

bin ich einverstanden bin ich nicht einverstanden

Zur Ansprache innerhalb der Praxis mit Namen, auch wenn andere Personen in der Nähe sind,

bin ich einverstanden bin ich nicht einverstanden

Die Einwilligungen sind freiwillig. Bitte kreuzen Sie die Punkte an, denen Sie zustimmen. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig. Vorsorglich weise ich darauf hin, dass die Kommunikation per Email ein weitgehend ungeschützter Bereich ist und hier der Datenschutz nicht sicher eingehalten werden kann.

Mir ist bekannt, dass ich 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. Für die oben genannten Zwecke entbinde ich ggf. meinen behandelnde Ärztin/ meinen Arzt von seiner Schweigepflicht gem. § 203 StGB.

Ort: Mettmann Datum: _____

Unterschrift: _____