

Einwilligungserklärung zur Übermittlung von Patientendaten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Patientendaten ist uns wichtig und ein großes Anliegen. Daher handeln wir bei der Verarbeitung Ihrer Daten nach den geltenden Gesetzen und Datenschutzbestimmungen. Ebenso möchten wir Sie über die Ihnen zustehenden Rechte informieren. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten erheben und für diesen Zweck entsprechend verarbeiten. Für einige Verarbeitungen benötigen wir zusätzlich Ihre Einwilligung. Nähere Datenschutzhinweise erhalten Sie über das Informationsblatt zum Datenschutz. Wir bitten Sie dieses aufmerksam zu lesen und uns die Kenntnisnahme zu bestätigen.

_____	_____
Vorname Name	Geburtsdatum
_____	_____
Straße	PLZ/Ort
_____	_____
Telefon (tagsüber erreichbar)	E-Mail

Einwilligungserklärung zur Übermittlung von Patientendaten

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln (z.B. mittels Arztbrief) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Mitbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Anderenfalls müssen wir Sie bitten, die Daten selbst an die Leistungserbringer zu übermitteln oder von diesen einzuholen. Wir weisen Sie darauf hin, dass die genannten Dokumente einen Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild zulassen. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Einwilligung zur unverschlüsselten Kommunikation per E-Mail und Telefax

Die Kommunikation per E-Mail und Telefax stellt in der Praxis eine schnelle und unkomplizierte Möglichkeit zur Kontaktaufnahme, zur Kommunikation und zum Austausch von Informationen jeder Art dar. Bei einer unverschlüsselten Kommunikation mittels E-Mail und Faxgerät kann grundsätzlich nicht ausgeschlossen werden, dass auf diesem Wege übermittelte Daten von Unbefugten gelesen, kopiert, verändert oder gelöscht werden können. Wenn Sie eine entsprechende Kommunikation über Email oder Fax wünschen bitten wir Sie daher um Ihre Einwilligung.

Ich erteile meine Einwilligung, dass MEDIZINISCHE VERBUND BOTTWAR nachfolgend genannte Kontaktkanäle

E-Mail

Faxnummer

zur entsprechenden Kommunikation in meinen Patientenangelegenheiten ohne eine Verschlüsselung von Anhängen oder ohne eine End-to-End-Verschlüsselung nutzen darf. Möchten ich eine Änderung dieser Handhabung der elektronischen Kommunikation, dann teile ich dies der Praxis mit.

Einwilligung für die Nutzung/ Kontaktaufnahme per Email/ Telefon

Um Sie stets auf dem Laufenden zu halten und Sie kurzfristig zu Terminabsprachen oder Erinnerungen kontaktieren zu dürfen bitten wir Sie nachfolgend um Ihre Einwilligung.

Ich bin damit einverstanden über folgende Kanäle

Telefon E-Mail

zur Terminvereinbarung für die Behandlungstermine, aktuelle Mailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus kontaktiert zu werden.

Widerrufsrecht

Mit ist bekannt, dass ich jede dieser Einwilligungen getrennt voneinander abgebe und ich diese Einwilligungen (jeweils getrennt voneinander) jederzeit widerrufen kann. Der Widerruf ist zu richten an MVZ Dres. Frenzel und Michna - PartG, Großbottwarer Str. 5, 71720 Oberstenfeld, Telefon 07062/9370110, info@m-v-bottwar.de. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Weitergehende datenschutzrechtliche Rechte bleiben von meiner Einwilligungserklärung unberührt.

Ort, Datum

Unterschrift

Den Aushang Patienteninformationen zum Datenschutz habe ich gelesen:

Ort, Datum

Unterschrift