MVZ St. Franziskus
Eitorf

Patienteneinwilligung zur Übermittlung und Einholung von Daten

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____ Mobil: _____

Datenaustausch mit Leistungserbringern

Mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selbst die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

◯ Hiermit willige ich ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung im MVZ St. Franziskus in der Hospitalstr. 7 in 53783 Eitorf an

- die weiterbehandelnden/ vorbehandelnden Ärztinnen und Ärzte
- meine(n) Hausarzt/ Hausärztin
- ein Sie behandelndes Krankenhaus
- das von uns beauftragte Labor und
- weitere Leistungserbringer, z.B. Physiotherapeuten

weitergegeben werden dürfen und von diesen über meine Behandlung im erforderlichen Umfang eingeholt werden dürfen (unzutreffendes bitte streichen).

Rezepte und Verordnungen

Rezepte, Verordnungen und ähnliche Daten dürfen nur an Sie unmittelbar herausgegeben werden. Es bedarf Ihrer Einwilligung, wenn diese an Dritte, z. B. Angehörige oder Pflegeeinrichtungen, herausgegeben werden sollen. Der Abholer muss sich dabei entsprechend ausweisen. Wir weisen Sie darauf hin, dass die Herausgabe von Dokumenten einen Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild zulässt.

◯ Hiermit willige ich ein, dass das MVZ St. Franziskus in der Hospitalstr. 7 in 53783 Eitorf Rezepte und Verordnungen, Überweisungen, Medikationspläne und Befunde jeglicher Art (unzutreffendes bitte streichen) an die folgenden Personen (z.B. Angehörige, Pflegedienst) übermittelt werden dürfen und von diesen abgeholt werden dürfen:

Name: _____Adresse: _____

Name: _____Adresse: _____

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Terminerinnerung und Vorsorge

◯ Hiermit willige ich ein, dass das MVZ St. Franziskus in der Hospitalstr. 7 in 53783 Eitorf mir Terminbestätigungen und -Erinnerungen per E-Mail und SMS (unzutreffendes bitte streichen) zusendet. Auch möchte ich Erinnerungen an anstehende Kontrolluntersuchungen erhalten („Recall"). Sollte ich dies nicht mehr wünschen, kann ich mein Einverständnis hierzu jederzeit widerrufen.

Allgemeines zum Datenschutz

Die Grundlage für diese Einwilligungen ist Art. 6 Abs. 1 lit a DSGVO.
Ihre Daten werden unmittelbar spätestens aber 12 Monate nach Wegfall des Zwecks gelöscht. Weitere Informationen zu Ihren Rechten und unserem Umgang mit Ihren Daten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung. Bei Fragen zum Datenschutz, wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten Daniel Kampmeier, 49 40 237001-57, stf.datenschutz@capcad.de.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift