

Einwilligungserklärungen

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 Ihre Patientenakte in das neue Arztinformationssystem übertragen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zweck: Ihre bisherige Patientenakte mit Stammdaten und Diagnosen wird datenschutzkonform und automatisiert in das neue Arztinformationssystem des MVZ übertragen.

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:

Möchten Sie Ihre Unterlagen/Informationen gefaxt bekommen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zweck: Kommunikation mit der Praxis und Zusendung von Patientenunterlagen mittels unverschlüsseltem Telefax.
Geben Sie Ihre Faxnummer an:

Sollen 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:					
Zusätzlich: _____					
vierstelligen Zahlencode zur Identifizierung für tel. Auskunft					
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>[Hinweis: Geburtsjahr verwenden]</td></tr></table>					[Hinweis: Geburtsjahr verwenden]
				[Hinweis: Geburtsjahr verwenden]	

Dürfen wir von Ihnen ein Foto machen bzw. das bereits erstellte Foto zukünftig verwenden? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zweck: Absicherung Ihrer Identifizierung, um eine Patientenverwechslung auszuschließen.

Sollen wir Ihre Daten an jemanden übermitteln?

ja nein

Zweck: Übermittlung Patientenunterlagen (Briefe/Befunde) an andere Personen/Firmen (z.B. Ärzte, Pflegedienste, Heime).

Geben Sie an, wer berechtigt wird, Ihre Unterlagen durch uns zu erhalten:

Darf jemand Ihre Unterlagen abholen?

ja nein

Zweck: Herausgabe von Patientenunterlagen (z.B. Rezepte) an Abholer.

Benennen Sie berechtigte Personen

Name, Vorname, Geburtsdatum

Dürfen wir Ihre Rezepte an die Apotheke zur Abholung weitergeben?

ja nein

Zweck: Bequeme und direkte Medikamentenversorgung nach Übergabe Ihrer Rezepte an die Apotheke in Freiensteinau oder Grebenhain durch unsere Praxis.

Haben Sie die Information zum Krebsregister erhalten?

ja nein

Zweck: Die Praxis ist verpflichtet, Ihre anonymisierten Daten an das Krebsregister zu melden. Informationen vor Datenübermittlungen an das Landeskrebsregister liegen in der Praxis aus.

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. Wir werden Sie regelmäßig bei Ihrem Besuch nach der Aktualität dieser Einwilligungserklärung fragen.

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

Tagesdatum

Unterschrift Patient(in) / gesetzlicher Vertreter(in)