

Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis



Zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Fachärztin für Kinder- & Jugendmedizin, Allergologie

Marienstr. 4 | 47623 Kevelaer

Tel.: 02832 - 7718

Fax: 02832 - 92879

www.kinderaerztinzenin.de

info@kinderaerztinzenin.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, 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. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Ich _____
Name, Vorname Geburtsdatum

Adresse: _____

E-Mail: _____

als Sorgeberechtigte/r erkläre mich einverstanden, dass

- ☐ die Kinderärztin meines Kindes/meiner Kinder

Vorname / Name / Geburtsdatum
- ☐ zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung betreffende Behandlungsdaten und Befunde von behandelnden Ärzten und Leistungserbringer anfordert.
- ☐ Die Kinderärztin meines Kindes/meiner Kinder betreffende Behandlungsdaten und Befunde an andere behandelnde Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.
- ☐ bei einem Hausarztwechsel, die bisheriger Kinderärztin den neuen Hausarzt die über mein Kind/meine Kinder gespeicherten Unterlagen übermittelt oder dieser die Unterlagen von der bisherigen Kinderärztin zur Verfügung gestellt bekommt.
- ☐ ich für Impfungen und Vorsorge-Untersuchungen in ein Recall-Programm zur Erinnerung an notwendige Untersuchungen oder Therapien aufgenommen werde.
- ☐ mich betreffende Informationen / Rezepte / Überweisungen so wie Befunde weitergegeben werden dürfen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit, ganz oder teilweise, für die Zukunft widerrufen Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Die Einwilligungen sind freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher