

PATIENTENEINWILLIGUNG BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS/DATENÜBERMITTLUNG

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:

EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE (gem. Paragraph 73 Abs. 1 b SGB V)

Hiermit willige ich,

Name:

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung in der **Praxis Ratinger Sportärzte, Speestraße 47 und Kapellenweg 5 in Ratingen** an

weiterbehandelnde Ärzte, Labore, Krankenhäuser, sowie andere Leistungs- und Dienstleistungserbringer (z.B. Abrechnungsstelle) weitergegeben und angefordert werden dürfen.

Außerdem erkläre ich mich einverstanden, dass mich betreffende Informationen / Rezepte / Überweisungen an die folgende(n) Person(en) weitergegeben werden dürfen.

Name/Vorname: _____

Name/Vorname: _____

Auf meinen Wunsch hin dürfen mir Rezepte per Post geschickt werden. **Ja** , **Nein**

Die Praxis darf mich zu Terminvereinbarungen/-verschiebungen anrufen. **Ja** , **Nein**

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.

Ich entbinde oben genannte Ärzte und Einrichtungen zum Zwecke der Erbringung Ihrer Leistung gegenseitig von der Schweigepflicht.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____