

PATIENTENEINWILLIGUNG zum BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS

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

Hiermit willige ich,
Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung in der Hausarztpraxis am Markt, Dr. Katharina Körner und Dr. Hans-Christian Körner an

mit- und weiterbehandelnden Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten und Laboren eingeholt werden dürfen.

mit- und weiterbehandelnden Kliniken oder Krankenhäuser übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Kliniken oder Krankenhäuser eingeholt werden dürfen.

Hiermit bin ich einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und ggf. Speziallabor ergänzender Disziplinen zum Zwecke der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Zu diesem Zweck entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

Ich kann jederzeit diese Einwilligung gegenüber der Ärzte der o.g. Praxis nur mit Wirkung für die Zukunft formlos widerrufen; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Horn-Bad Meinberg, den

Unterschrift

Dieses Informationsblatt wurde erarbeitet von der Arbeitsgemeinschaft der nordrhein-westfälischen Heilberufskammern (Ärztammer Nordrhein, Ärztekammer Westfalen-Lippe, Apothekerkammer Nordrhein, Apothekerkammer Westfalen-Lippe, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Nordrhein-Westfalen, Tierärztekammer Nordrhein, Tierärztekammer Westfalen-Lippe, Zahnärztekammer Nordrhein sowie Zahnärztekammer Westfalen-Lippe) sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe und gibt den Stand der Meinungsbildung vom 23.04.2018 wieder.

(*) Als Heilberufler gelten die Mitglieder der vorgenannten Kammern.

Dr. med. Katharina Körner * Dr. med. Hans-Christian Körner

Frau Dr. med. Samira Schmidt * Fachärzte für Allgemeinmedizin
32805 Horn - Bad Meinberg, Ratstwete 3b
Tel.: 05234-821900 Fax: 05234-821908

**Entbindung von der Schweigepflicht
Informationsweitergabe an Angehörige**

Informationsweitergabe an Angehörige

Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Praxis Informationen an die folgenden Angehörigen weitergibt, sofern deren Identität festgestellt wurde. Das gilt auch für telefonische Anfragen.

Ich habe das Recht, diese Erklärung jederzeit mündlich oder schriftlich zu widerrufen.

Name des Angehörigen	Telefonnummer	Geburtsdatum	Adresse

Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ort, Datum

Unterschrift Patient