

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs.1b SGB V

Ich, _____ geboren am _____
(Name des Patienten)

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Tischer/ Dr. Golter meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

§ über den Umfang und die Art meiner Daten

§ über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

§ über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

- meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermitteln.
- bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erheben und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeiten und nutzen dürfen.
- Gewebe- und Laborproben mit meinen Patientendaten zur weiteren Untersuchung an die Labore Blackholm, bzw. an die Praxen für Pathologie: MVZ-Pathologie, Klinikum Ludwigsburg GmbH oder Becker/Olivera, Heilbronn übergeben dürfen.
- meine Daten praxisintern, allen Mitarbeitern der Praxis offen legen, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Alle Mitarbeiter sind zur Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht verpflichtet.
- mich ausdrücklich darauf hingewiesen haben, dass ich meine erhaltenen Rezepte, Verordnungen für Hilfsmittel und Heilmittel bei einer Institution meiner freien Wahl einlösen kann.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft schriftlich widerrufen kann. Ich habe die Patienteninformation gelesen.

Lauffen, den _____
heutiges Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzl. Vertreter

Tel.Nr: _____