



Einwilligungserklärung zur Erhebung und Übermittlung von Patientendaten

seit 25.05.2018 ist eine **neue europäische Datenschutzgrundverordnung** in Kraft. Wir sind daher verpflichtet, Ihnen eine entsprechende Information auszuhändigen. Unabhängig von dieser neuen Verordnung **besteht selbstverständlich weiterhin die ärztliche Schweigepflicht.**

Vorname, Nachname, geb.:
Adresse:
Telefon:
Mobil:
E-Mail:

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis **Dres. Hahn/Iffland** 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.

Wir nutzen den smarten Telefonassistenten der Aaron GmbH, um Ihre Anliegen zu verwalten und zu bearbeiten. Die Aaron GmbH ist gesetzlich und vertraglich zur Geheimhaltung und zum Schutz Ihrer Daten verpflichtet.

Für die optimale Terminverwaltung setzen wir das Terminmanagementsystem von Doctolib ein. Mir wurde Informationsblatt zur Information über Doctolib ausgehändigt.

Um Terminausfälle zu vermindern, möchten wir Sie auch falls Sie kein Doctolib Nutzerkonto haben, mittels des Doctolib Kalendersystems per SMS und E-Mail an Ihren Termin erinnern. Bitte bestätigen Sie, dass Sie hiermit einverstanden sind.

Ja, ich bin damit einverstanden, Terminerinnerungen zu erhalten.

Ich möchte an Kontrolluntersuchungen sowie vereinbarte oder medizinisch notwendige Behandlungstermine erinnert werden (sog. Recalls) und bin bereit, an einem Wiederbestellsystem teilzunehmen (sog. Recalls).

Ja, ich bin damit einverstanden, Recalls zu erhalten.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich **betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten** und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung **angefordert** werden können
- mich **betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten** und Leistungserbringer **übermittelt** werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden. Übermittlung von Befunden an mitbehandelnde/n Arzt/Ärztin (ggf. auch Krankenhäuser):

Ich stimme zu, dass Arztbriefe, nachträglich eingegangene Laborwerte, Befunde oder feingewebliche Untersuchungsergebnisse nach einer Untersuchung bzw. Endoskopie auch **per Fax oder dem Kommunikationsdienst KIM (Kommunikation im Medizinwesen)** an den überweisenden und mitbehandelnde/n Arzt/Ärztin bzw. den Hausarzt/die Hausärztin auch ggf. an ein Krankenhaus übertragen werden können.