



PATIENTENEINWILLIGUNG Daten- und Befundweitergabe

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, Hausärztliche Versorgungsgemeinschaft HÄVG) oder 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 Mit- und Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selbst die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Einwilligung in die Datenweitergaben

Hiermit willige ich,

(Name, Vorname)

geboren am _____

wohnhaft _____

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung in der Hausarztpraxis Kühn bei Dr. med. J. Kühn und Dr. med. Christian Kühn, Homberger Str. 382, 47443 Moers an

- den weiterbehandelnden Arzt _____
(Name)
- das Krankenhaus _____
(Name)
- andere _____
(Name)

weitergegeben werden dürfen.

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 kann jederzeit die Berichtigung, Löschung, Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartner verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen. Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen/Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen Beschäftigten von der Schweigepflicht.

Moers, den _____

Unterschrift _____