

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
wir machen Sie auf unseren Aushang **Patienteninformation zum Datenschutz** aufmerksam. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer übermitteln zu dürfen, bedarf es Ihrer Zustimmung.

1. INFORMATIONSWETERGABE INNERHALB DER PRAXIS

Ich bin darüber informiert, dass die o.g. Praxis meine Befunde und Daten in der Praxis-EDV dokumentiert und dass das Praxispersonal Einsicht in diese Daten hat. Ich bin darüber unterrichtet, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Schweigepflichterklärung unterschrieben haben.

2. ANFORDERUNGEN VON UNTERLAGEN VOM VORHERIGEN HAUSARZT

Ich stimme zu, dass die Praxis Hausärzte Hitdorf bei meinem vorherigen Hausarzt/-ärztin die Unterlagen anfordert.

Name, Anschrift

3. INFORMATIONSWETERGABE ZU MEINER KRANKHEIT / ARZTBRIEFE

Gemäß § 73 (1b) SGB V willige ich hiermit ein, dass die o.g. Praxis Befunde bei anderen Leistungserbringern (Labor, Klinik, Facharztpraxen, Altenheim) einholt und bei mir erhobene Befunde an mitbehandelnde Praxen und / oder Kliniken auf deren Wunsch hin übermittelt. Ich bin damit einverstanden, dass solche Daten, Befunde bzw. Arztbriefe auch elektronisch versandt werden (per Fax oder VPN-Tunnelleitungen).

4. KONTAKT ZUR APOTHEKE

Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Praxis auf meinen Wunsch hin Kontakt zur Apotheke meines Vertrauens

Name, Ort

aufnimmt, zum Beispiel zur Lieferung von Medikamenten, Rückfragen zur Co- Medikation, Weitergabe von Rezepten.

6. ERINNERUNGSSCHREIBEN („RECALL“)

Ich bin einverstanden, dass mich die o.g. Praxis an wichtige Untersuchungen und Termine schriftlich, telefonisch oder per SMS / E-Mail erinnert.

5. KONTAKTAUFNAHMEN PER E-MAIL

Ich lese regelmäßig (also zumindest alle 2 Tage) meine E-Mails. Ich stimme zu, dass die o.g. Praxis mich auch auf diesem Wege kontaktiert. Mir ist bekannt, dass bei E-Mail Nutzung ohne End-2End-Verschlüsselung ein Zugriff durch Dritte (Trojaner, o.ä.) nicht ausgeschlossen werden kann. **Aufgrund der fehlenden Sicherheit ist die Weiterleitung von Befunden per Email zur Zeit noch ausgeschlossen.**

@
Tragen Sie bitte Ihre E-Mail-Adresse nur ein, wenn Sie einer Kommunikation mit uns (auch) auf diesem Wege zustimmen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Evtl. Einschränkungen der Datenschutzerklärung

Den (dem) oben genannten Punkt(en) _____
widerspreche ich hiermit. *

* Wir weisen darauf hin, dass zumindest die Zustimmung zu den Punkten 2, 3 dringend geboten ist. Einschränkungen erschweren die Datenarchivierung, die Komplettierung von Befunden sowie die Informationsweitergabe und gefährden somit evtl. auch den Behandlungserfolg.

Informationsweitergabe an Angehörige

Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Praxis Informationen an die folgenden Angehörigen weitergibt, sofern deren Identität festgestellt wurde. Dies gibt auch für telefonische Anfragen

Name des (der) Angehörigen, Telefon, Geb.-Datum, Adresse (ggf. Rückseite nutzen)

Hinweis: Diese Erklärung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

Unterschrift

Datum

Hausärzte Hitdorf

Hitdorfer Straße 200 – 51371 Leverkusen-Hitdorf
Telefon 021 73. 42262 – Telefax 021 73. 942053
info@hausarzttehitdorf.de – www.hausarzttehitdorf.de