

Gemeinschaftspraxis
Dr. med. Lucie Rauch
Dr. med. Annette Michael
Necklenbroicher Straße 30
40667 Meerbusch
Tel: 02132-4547

DR. LUCIE RAUCH
DR. ANNETTE MICHAEL
HAUTARZTPRAXIS MEERBUSCH

PATIENTENEINWILLIGUNG ZUM DATENAUSTAUSCH MIT LEISTUNGSERBRINGERN

Einverständniserklärung zur Terminationübermittlung per E-Mail oder SMS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte Krankenhäuser, Labore) übermitteln (z.B. mittels Arztbrief) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Mitbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Andernfalls müssen wir sie bitten, die Daten selbst an die Leistungserbringer zu übermitteln oder von diesen einzuholen. Wir weisen Sie drauf hin, dass auf Basis der genannten Dokumente, Rückschlüsse auf Ihr Krankheitsbild möglich sind. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich,

Patient:

Name, Vorname _____ Geb. Datum: _____

Adresse: _____

Tel: _____ E-Mail: _____

ein, dass meine personenbezogenen Daten (z.B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die Behandlung in der Hautarztpraxis Meerbusch durch die Dres. Rauch, Michael und angestellte Ärzte, Necklenbroicher Straße 30, 40667 Meerbusch, zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung, lückenlosen Dokumentation in dem erforderlichen Umfang an:

- 1.) Medizinische Laboratorien Düsseldorf, Gemeinschaftspraxis für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, Hygiene und Umweltmedizin, Nordstraße 44, 40477 Düsseldorf
- 2.) Labor Dr. med. habil. Dr. rer. nat. Reinhard Niemann, Endokrinologie, Luxemburger Straße 99, 40354 Hürth
- 3.) Labor Dr. Quade & Kollegen, Scheidtweiler Str. 63-65, 50933 Köln
- 4.) Dermatohistopathologisches Labor Dr. Helmut Laaff, Sasbacher Straße 10, 79111 Freiburg im Breisgau
- 5.) Labor Dr. Fooke, Habichtweg 16, 41468 Neuss
- 6.) Ich, bin damit einverstanden, dass alle notwendigen Daten zum vereinbarten Termin zur Terminbestätigung und - Erinnerung unverschlüsselt per E-Mail oder SMS übermittelt werden. Notwendige Terminationdaten umfassen folgende Informationen: Datum, Uhrzeit, Grund und Praxisname und - Adresse.

Die Einverständniserklärung gilt bis auf weiteres ab Datum der Unterschrift und kann jederzeit widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs wird die Aufnahme unverzüglich gelöscht

Bei Minderjährigen bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres müssen die Erziehungsberechtigten einwilligen, bei Minderjährigen ab Vollendung des 16. Lebensjahres diese selbst und die Erziehungsberechtigten.

weitergegeben werden dürfen, sofern diese in gleicher Weise wie die Arztpraxis Dres. med. Rauch/Michael zur beruflichen Verschwiegenheit verpflichtet sind. Ich willige in die elektronische Übermittlung und Verarbeitung von personenbezogenen Gesundheitsdaten ein.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber den Ärztinnen und Ärzten jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft, bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Unzutreffendes bitte streichen

Meerbusch, den _____
Ort Datum Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten