

Einwilligungserklärung des Patienten in die Verarbeitung personenbezogener Daten nach § 73 Abs.1bSGB V:

Hiermit willige ich in die Erhebung, Nutzung, Speicherung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis Berliner Allee ein. Die genannte Praxis erfüllt durch diese Verarbeitung den Leistungsvertrag (Zweckbindung).

Ich entbinde zudem die Ärzte der Praxis Berliner Allee untereinander von der Schweigepflicht und stimme der Behandlung meiner Person durch alle Ärzte der Praxis Berliner Allee zu.

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass meine behandelnden Ärzte bei anderen Ärzten oder Leistungserbringern vorliegende Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern und für die Erbringung ihrer ärztlichen Leistungen verarbeiten und nutzen dürfen. Dazu gehören: Identifikationsdaten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer, E-Mail- Adresse, Angehörige), Krankenkassen- und Versicherungsdaten, Abrechnungs- und Zahlungsdaten, Gesundheitsdaten (Diagnosen, Befunde, Behandlungsdaten, Röntgenaufnahmen, OP Berichte).

Bitte ausfüllen und ankreuzen!

Name	Vorname	Geburtsdatum

- Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an Dritte (u.a. Kostenträger wie z.B. PVS, Fachärzte, Apotheken, Therapeuten, Pflegedienste) einverstanden, sofern dies im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen erfolgt.
- Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte und Heilmittelverordnungen an die entsprechenden Stellen (Apotheken, Pflegedienste, Therapeuten) gefaxt werden können.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Befunde auf meinen Wunsch hin per Email (auch ungesichert) weitergegeben werden und dass ich auf Wunsch hin die „Recall-Funktion“ in Anspruch nehmen kann (Erinnerungen per Email an z.B. fällige Impfungen, Gesundheitsuntersuchungen, DMP-Termine etc.). Dazu benötigen wir Ihre Emailadresse.

Ihre Emailadresse (Bitte LESERLICH!):

- Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte oder Informationen an die folgenden Personen weitergegeben werden, nachdem deren Identität festgestellt wurde:

Name/Telefon: /

Name/Telefon: /

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Die Datenschutzgrundverordnung liegt für Sie am Tresen und im Wartebereich aus.

Ort, Datum	Unterschrift Patient