

Name / Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

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.

Sollte ich bereits Patient der Praxis Stucke/Richter gewesen sein, stimme ich ausdrücklich zu, dass ALLE meine Daten an die Nachfolger der Praxis Stucke/Richter, namentlich an die Ärzte der Praxis Berliner Allee, übermittelt werden.

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).

Ich bin mit der Weitergabe meiner Daten an Dritte (u.a. Kostenträger, Fachärzte, Apotheken, Therapeuten, Pflegedienste) einverstanden, sofern dies im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen erfolgt.	<input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte und Heilmittelverordnungen an die entsprechenden Stellen (Apotheken, Pflegedienste, Therapeuten) gefaxt werden	<input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Befunde auf meinen Wunsch hin auch per Email (auch ungesichert) weitergegeben werden. E-Mail: _____	<input type="checkbox"/>
Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte oder Informationen an die folgenden Personen weitergegeben werden, nachdem deren Identität festgestellt wurde: Name / Telefon: _____ / _____ Name / Telefon: _____ / _____	<input type="checkbox"/>

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Norderstedt, den _____ Unterschrift Patient oder Vertreter _____