

Datenschutzerklärung

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

Name, Vorname - Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Das Datenschutzrecht schreibt uns vor, Ihnen Folgendes mitzuteilen:

Ich weise darauf hin, dass die Daten, die wir von Ihnen erheben, elektronisch gespeichert werden. Alle Mitarbeiter haben Zugang zu Ihren Daten, eine Schweigepflichterklärung wurde unterschrieben.

Dr. med. Katharina Fenner-Hirschberg

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die

**Hausarztpraxis Dr. Katharina Fenner-Hirschberg
Ranstädter Steinweg 30, 04109 Leipzig**

▪ meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung bei mitbehandelnden Ärzten oder Krankenhaus anfordern darf.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ angeforderten Befunde an mitbehandelnde Ärzte weiterleiten darf.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Mit der Abholung von Rezepten, Befunden oder anderer Unterlagen, von der von mir beauftragten Person bin ich einverstanden [Die Abgabe von Rezepten, Befunden und Unterlagen setzt die Vorlage der Versichertenkarte voraus und dient zugleich als Vollmacht für die beauftragte Person].	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
▪ Im Falle einer Anforderung von Befunden durch mich per Email wurde ich darüber informiert, dass die Übermittlung nicht verschlüsselt erfolgt und es nicht ausgeschlossen werden kann, dass dritte Personen die Email mitlesen können. Ich bin dennoch bei Bedarf mit der Übermittlung vorausgesetzt) einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Spezielle Schweigepflichtentbindung

Weiterleitung von Auskünften und Berichten an folgende Personen (z.B. Angehörige, Ehepartner, Eltern, Kinder):

Name, Vorname	Beziehungsstatus
Name, Vorname	Beziehungsstatus

Diese Erklärung wird bei einer Befundanforderung mit allen eingetragenen Angaben an die jeweilige Stelle übermittelt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ich habe diese Mitteilung gelesen und verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift