

Einverständniserklärung und Patienteninformation zum Datenschutz

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssten dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

EINWILLIGUNG IN DIE BEFUNDWEITERGABE

Hiermit willige ich ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei echooo, Dr. Sebastian Clauben, Neustr. 1 b, 59348 Lüdinghausen an

- ✓ den weiterbehandelnden (Haus-) Arzt
- ✓ ein mich behandelndes Krankenhaus
- ✓ unser Labor „Laborgemeinschaft Dortmund/ MVZ Eberhard und Partner“
- ✓

weitergegeben werden dürfen.

Hiermit bevollmächtige ich

_____ für mich bestimmte Dokumente oder Rezepte in Empfang zu nehmen.

EINWILLIGUNG IN DIE BEFUNDANFORDERUNG

Mit der Anforderung Befunde über mich von vor-/ mitbehandelnden Ärzten oder Krankenhäusern durch die Praxis echooo, Dr. Sebastian Clauben, Neustr. 1 b, 59348 Lüdinghausen

- ✓ bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/ dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte für den genannten Zweck von der Schweigepflicht.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass meine persönlichen Daten, wie in der ausliegenden Erklärung mit Stand 07/2024 aufgeführt, verarbeitet werden dürfen.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass Dr. Sebastian Clauben und/oder die mich behandelnden Ärzt:innen dieser Praxis Einsicht in meine Patientendaten nehmen.

Name:

Datum

Geburtsdatum:

Unterschrift _____

Adresse: