

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnhaft in: _____

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Für den behandelnden Arzt ist es sehr wichtig zu wissen, welche Untersuchungen bei Ihnen bereits durchgeführt wurden und welche Befunde sich ergaben. Hierdurch lassen sich Doppeluntersuchungen vermeiden und der behandelnde Arzt kann zusammen mit Ihnen die für Sie optimale Diagnostik und Behandlung festlegen.

Sie erlauben uns mit Ihrer Unterschrift, dass alle Mitarbeiter dieser Praxis intern Ihre Daten einsehen können. Gleichwohl halten wir die gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz ein und geben Informationen nur weiter, wenn Sie uns dies gestatten. Von allen Mitarbeitern dieser Praxis wird ansonsten die Schweigepflicht gegenüber Dritten eingehalten.

Ich erkläre mich daher ausdrücklich damit einverstanden, dass die Praxis Dr. Richter, Kronprinzenstr. 5-7 in 45128 Essen:

- Arztbriefe und Befunde meiner Behandlungen vom überweisenden Ärztin / Arzt / Praxis (Name u. Anschrift) _____ anfordern, einsehen, verarbeiten und nutzen als auch nach der Behandlung an diese(n) übermitteln darf.
- Arztbriefe und Befunde / elektron. Patientenakte meiner ambulanten/stationären Behandlung im _____ (Name der Einrichtung) anfordern, einsehen, verarbeiten und nutzen darf.
- Ich bin damit einverstanden, dass ich ggfls. per Brief, Telefon, Email oder SMS an zukünftige Termine erinnert werde.
- Dritte dürfen meine Rezepte, Überweisungen u.ä. abholen, wenn sie meine gültige Gesundheitskarte vorlegen.

Die von mir erhobenen Befunde dürfen auch an die zuweisenden und mit- und weiterbehandelnden Ärzte übermittelt werden.

Laboruntersuchungen werden von uns regelhaft im MVZ Labor Eveld & Kollegen und Ärztliche Praxislaboratorien Essen GbR, Nienkampstr. 1 in 45326 Essen durchgeführt und bei Bedarf an ein spezialisiertes Labor und ggfls. zur Rechnungslegung weitergeleitet. Falls für Selbstzahler zutreffend, lautet die Verrechnungsstelle OMLAB GmbH, Nienkampstr. 1, 45326 Essen.

Ich kann dieses Einverständnis gem. § 73 Abs. 1b SGB V jederzeit mit zukünftiger Wirkung widerrufen.

Die *Patienteninformation zum Datenschutz* neben dem Durchgang zum Wartezimmer habe ich zur Kenntnis nehmen können.

Datum: _____

Unterschrift _____