

Einwilligung/Datenschutz

Einwilligung/Bevollmächtigung Abholung Rezepte/Verordnungen/Befunde

Nach der neuen Datenschutzgrundverordnung dürfen wir keine Rezepte und Verordnungen ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung an Angehörige oder andere Personen zur Abholung herausgeben. Wenn Sie wünschen, dass vorgenannte Dokumente durch einen Angehörigen oder eine andere Person abgeholt werden, füllen Sie bitte die Einwilligungserklärung unten entsprechend aus. Wir weisen darauf hin, dass auf Basis der ausgehändigten Dokumente ein Rückschluss auf das jeweilige Krankheitsbild möglich sein kann. Teilen Sie bitte zudem dem Abholer mit, dass er sich bei der Abholung entsprechend ausweisen muss. Ohne die unterschriebene Einwilligungserklärung ist keine Abholung von Rezepten oder Verordnungen durch einen Angehörigen oder eine andere Person möglich.

➔ Bevollmächtigte(r) | Angehörige | sonstige Personen

Nachname, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Einwilligung Weitergabe Arztbriefe/Befunde und Einverständnis Anforderung von Befunden

Im Datenschutzgesetz (SGB V §73) ist geregelt, dass wir nur Arztbriefe verschicken dürfen, wenn Sie uns dies schriftlich erlauben. Im Laufe der Behandlung kommt es jedoch immer wieder vor, dass mitbehandelnde ärztliche Stellen (Fachärzte, Krankenhäuser, MDK) Befundberichte von uns benötigen. Damit diese Ärztinnen und Ärzte auf Anfrage einen Befundbericht von uns erhalten dürfen, benötigen wir eine Unterschrift von Ihnen. Nur dann werden diese Befunde weitergeleitet. Deshalb möchten wir Sie bitten die Ihrem Willen entsprechende Aussage anzukreuzen und diesen Bogen unten zu unterschreiben.

➔ Ich bin damit einverstanden, dass sowohl der überweisende Arzt/Ärztin als auch andere mitbehandelnden Ärzte auf Anfrage einen Befundbericht erhalten.

➔ Ich wünsche ausdrücklich, dass Sie keinen Befundbericht an mitbehandelnde ärztliche Stellen verschicken.

Darüber hinaus erteile ich hiermit eine Schweigepflichtsentbindung zu Gunsten unserer Praxis, damit notwendige Befunde bei externen Kliniken, Ärzten und anderen Einrichtungen angefordert werden dürfen und vorhandene Unterlagen über unsere Personen eingesehen werden dürfen. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datenschutz:

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2

Hiermit willige ich in die o. g. Datenschutzaufklärung ein. Ich versichere das meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.

➔ Datum _____ Unterschrift _____

Vielen Dank für Ihre Bemühungen - Ihr Praxisteam der Neurologie & Psychiatrie Fulda