



PATIENTENEINWILLIGUNG

Behandlungsverhältnis und Praxisorganisation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

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 etc.) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief). Ohne diese Einwilligung ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selbst die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung erteilen Sie uns im Folgenden:

EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit willige ich (fehlende Angaben bitte ergänzen):

Name: _____

Kind/gesetzl. Betreuer: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

ein, dass Daten und Fremddaten, die während der ärztliche Behandlung im Orthopädikum Rheine Drs: G. Müller, J. Runge, H. Schnieders, U. Frerichmann, F. Fraedrich , Osnabrücker Str. 227 , 48429 Rheine benötigt werden an

- die weiterbehandelnden Ärzte
- die Krankenhäuser
- Labore
- Abrechnungsstellen (Kassenärztliche und Privatärztliche Verrechnungsstellen)

verwendet werden dürfen.



Ich bin damit einverstanden,

- dass die Weitergabe von Daten (z.B. Rezepten, Bildmaterial, Fremdbefunde, Terminvorschläge) an Angehörige, Betreuer und andere autorisierte Personen
- telefonische Terminnachfragen, Absagen, Terminverschiebungen erfolgen dürfen.

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 von ihrer Schweigepflicht.

Rheine,

_____ Datum

_____ Unterschrift