

PATIENTENEINWILLIGUNG BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS

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, zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung oder Qualitätssicherungsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung/Ärzttekammer) 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 müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Die Patienteninformation zum Datenschutz habe ich gelesen.

EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit willige ich,

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung vom Röntgeninstitut-Mechernich GbR St. Elisabeth-Str. 8 53894 Mechernich oder Zweigstelle Röntgeninstitut-Mechernich GbR Am Hähnchen. 36 53937 Schleiden an

die **weiterbehandelnden Ärzte** (Hausärzte/überweisende Ärzte)

das Krankenhaus **Krankenhaus Schleiden** Am Hähnchen. 36, 53937 Schleiden

die Praxis **Praxis Dr. Ockenfels** St. Elisabeth-Str. 8, 53894 Mechernich

die Praxis **MVZ Mechernich** Stiftsweg. 17, 53894 Mechernich

die Praxis **Dr. Tanja Reiche-Dünnebacke** Blumenthalerstr. 19, 53937 Schleiden

die Praxis **Dr. Alexander Schmitz** Sebastian-Kneipp-Promenade. 12, 53902 Bad Münstereifel

die Praxis **Thomas Gampe** Sebastian-Kneip-Promenade. 14, 53902 Bad Münstereifel

die Praxis **Dr. Johannes Langhammer** Arenbergstr. 6, 53894 Mechernich

Sonstige _____

weitergegeben werden 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.

Ich stimme hiermit auch dazu ein, dass ich damit einverstanden bin, dass ich telefonisch an Termine erinnert werden darf.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Unterschrift Patient