

Einwilligungserklärung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

Ich _____

Name, Vorname

erkläre mich einverstanden, dass in der Frauenarztpraxis Dr. med. Franka Matthes meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. In der Praxis liegt ein Informationsblatt zum Datenschutz zur Einsicht aus, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte.

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten / Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können.
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte / Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Durch Stecken der elektronischen Gesundheitskarte erhalten wir automatisch Zugriff auf alle Inhalte der ePA eines Versicherten. Eine zusätzliche Erlaubnis ist nicht erforderlich.

Wir sind gesetzlich verpflichtet sämtliche im Behandlungskontext anfallenden Dokumente in die ePA hochzuladen. Sie haben das Recht zum Widerspruch hochsensibler Daten.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

[] Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Karlsruhe,
den _____

Unterschrift