Kardiologische Praxis Dr. med. Jana Boer
Anger Entree · Anger 81 · 99084 Erfurt
Tel. 0361 566 7000

Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

gemäß §73 Abs. 1b SGB V und Art. 13 DSGVO

Name, Vorname: _____ **Geburtstag.:** _____

1. Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten einschließlich notwendiger Daten (z.B. Telefonnummer) an mitbehandelnde Ärzte/ Leistungserbringer übermittelt werden bzw. von anderen mitbehandelnden Ärzten/ Leistungserbringern eingeholt werden dürfen.

2. Ich bin damit einverstanden, dass meine behandelnde Praxis meine Daten praxisintern offenlegt, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin darüber unterrichtet, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

3. Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten in der behandelnden Praxis und bei deren Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegensprechen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

Erfurt, Datum

_____

Unterschrift des Patienten / gesetzlichen Vertreters

_____

Kardiologische Praxis Dr. med. Jana Boer
Anger Entree · Anger 81 · 99084 Erfurt
Tel. 0361 566 7000

Einverständniserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

4. Ich willige ein, dass folgende benannte Person nachfolgend aufgelistete Daten und Verordnungen (zutreffendes bitte ankreuzen) durch den behandelnden Arzt oder Mitarbeiter der Praxis übermittelt bzw. übergeben werden dürfen, so dass die ärztliche Verschwiegenheit und die datenschutzrechtliche Vertraulichkeit nicht gelten für:

- Personenbezogene Daten
- Behandlungs- und Befunddaten
- Rezepte- und Verordnungen

Wer darf (benannte Person) Unterlagen / Befunde / Rezepte abholen:

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

ggf. Angabe Beziehungen / Verwandtschaft, z.B.: Ehepartner, Vater, Mutter, Kind, Lebenspartner, Freund, Nachbar:

_____

Einwilligung zur elektronischen Patientenakte (zutreffendes ankreuzen):

□ Ja □ NEIN

Einwilligungserklärung zur elektronischen Übermittlung von Gesundheitsdaten (eArztbrif)

Ich wurde darüber informiert und willige ein, dass mein Arzt Dr.med. Jana Boer personenbezogene und behandlungsbezogene Daten von mir zu Zwecken der Behandlung/Weiterbehandlung durch andere Ärzte auf elektronischem Weg mit CGM ALBIS versenden darf. Mein Arzt Dr.med. Jana Boer und die dazugehörigen Praxismitarbeiter dürfen meine elektronischen Daten erstellen, auslesen und verändern. Dabei handelt es sich um meinen Namen, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum, Geschlecht und benötigte Daten meiner medizinischen Dokumentation, die in CGM ALBIS erfasst sind. Diese Daten werden als eARZTBRIEF übertragen. Dieser Dienst ist für mich kostenfrei.

Ich wurde darüber unterrichtet, dass im Falle meiner Weigerung, diese Einwilligung zu erteilen, eine Übermittlung von Daten per eARZTBRIEF mit CGM ALBIS nicht erfolgen wird. Weitere Folgen ergeben sich aus der Weigerung nicht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich der elektronischen Übertragung meiner Daten freiwillig zustimme und mit der Erhebung und Verarbeitung meiner Daten in dem hierfür erforderlichen Umfang einverstanden bin.

Ich weiß, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum _____ **Unterschrift** _____