

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 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) 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:

EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit willige ich,

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung in der Praxis für HNO Heilkunde, Phoniatrie & Pädaudiologie Dr. med. Wolfgang Lambeck & Kollegen, Parkstraße 41, 41061 Mönchengladbach

o den weiterbehandelnden Arzt _____

o das Krankenhaus _____

o das Labor _____

o _____

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.

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

Mönchengladbach, den _____

Unterschrift

Verpflichtung zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten und Folgen der Nichtbereitstellung:

Bei der Durchführung des Behandlungsvertrages oder einer heilkundlichen Beratung ist eine Datenverarbeitung zwingend erforderlich, so dass eine Nichtbereitstellung von Daten im Regelfall dazu führt, dass keine Behandlung/Beratung vorgenommen werden kann.

Hiermit bestätige ich die vorgenannten Informationen zum Datenschutz zur Kenntnis genommen zu haben.

Mönchengladbach, den _____

Dr. W. Lambeck / Chr. Pham / S. Wasser

Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter/in