

Einverständniserklärung

zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gemäß §73 Absatz 1b SGB V

Orthopädie
an der Messe

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Patientendaten unterliegen dem Datenschutz. Die Informationen, die Ärzte über ihre Patienten sammeln und nutzen, fallen zudem unter das Arztgeheimnis und damit unter eine besondere Verschwiegenheitspflicht. Die Weitergabe von Patientendaten bedarf der Zustimmung des Betroffenen, also einer Einverständniserklärung zur Datenübertragung, wenn keine gesetzliche Grundlage dies vorsieht.

Es ist rechtlich geregelt, dass wir Patientendaten nur erheben und übermitteln dürfen, wenn Sie damit einverstanden sind. Im Laufe der Behandlung kommt es jedoch immer wieder vor, dass mitbehandelnde Stellen (Fachärzte, Krankenhäuser, Kur-Kliniken, Labor, Hausärzte, Krankenkassen, MDK, Kassenärztliche Vereinigung, Deutsche Rentenversicherung, Berufsgenossenschaften, Agentur für Arbeit, Physiotherapeut) z.B. Befundberichte von uns benötigen. Damit diese Ärztinnen und Ärzte auf Anfrage die Daten von uns erhalten dürfen, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Nur wenn diese vorliegt werden die Daten weitergeleitet.

Ich

Name, Vorname _____ Geb. Datum _____

bin damit einverstanden, dass

meine Daten

die Daten meines Kindes _____
Name, Vorname _____ Geb. Datum _____

die Daten meiner zu betreuenden Person _____
Name, Vorname _____ Geb. Datum _____

zum Zweck der Mit- und Weiterbehandlung an die oben genannten Institutionen weitergegeben werden.

Des Weiteren dürfen diese elektronisch verarbeitet werden und vertretungshalber mit dem Kollegen aus der hiesigen Praxisgemeinschaft sämtliche erforderlichen medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person ausgetauscht werden, soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst auch die in der Praxisgemeinschaft tätigen Hilfspersonen (MFA). Meine Daten verbleiben auf dem System der Praxis und werden nur innerhalb des Patientenverwaltungsprogrammes (PVS) genutzt.

Sie dürfen für Laboruntersuchungen die an die Laborgemeinschaft, sowie deren externen Konsiliarlabore weitergegeben werden.

(Nicht zutreffendes bitte streichen)

bin NICHT damit einverstanden, dass meine Daten weitergeleitet werden.

Vollmacht

Der nachstehend genannten Person(en) erlaube ich Unterlagen (Rezepte, Überweisungen, Befunde, usw.) für mich/meine Kinder/meiner zu betreuenden Person in der Praxis abzuholen.

Name(n), Vorname(n) _____

Sie haben das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Pirmasens, _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten/gesetzlicher Vertreter

**Orthopädische
Praxisgemeinschaft**

Dr. Robert-Schelp-Platz 1
66953 Pirmasens

**Dr. med.
Jürgen Knoch**

Facharzt für Orthopädie &
Unfallchirurgie, Akupunktur
Chirotherapie, Notfallmedizin

Telefon 06331-73095
Fax 06331-286175
info@ortho-ps.de
www.ortho-ps.de

Frank A. Fasco

Facharzt für Orthopädie
Akupunktur, Chirotherapie

Telefon 06331-42929
Fax 06331-75069
info@orthopaedie-pirmasens.de
www.orthopaedie-pirmasens.de

