



Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname Name

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis von Dr. med. Ewald Becherer meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ich konnte das Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis einsehen und. Ich konnte auch Rückfragen stellen. Das Informationsblatt zum Datenschutz informiert

- 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 Ermittlung von bestimmten Werten (beispielsweise Blutwerte oder Abstrichbefunde) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind. Bei Privatpatientinnen fallen darunter auch die von Dr. Becherer und den anderen Leistungserbringern autorisierten privatärztlichen Abrechnungsstellen.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt oder der überweisende Arzt nur dann einen Befundbericht über die Untersuchung erhält, wenn wir es gemeinsam besprechen, wenn der Hausarzt einen Brief anfordert oder wenn ich selbst es ausdrücklich wünsche.

Wenn Sie mit diesem Anlass bezogene Vorgehen nicht einverstanden sind, wählen Sie bitt eine der folgenden Alternativen:

- Ich lehne es generell ab, dass mein Hausarzt oder der überweisende Arzt einen Befundbericht über die Untersuchung erhält.
- Ich wünsche, dass mein Hausarzt immer und auch ohne mein Wissen einen Befundbericht erhält, auch bei einer Routineuntersuchung oder wenn ein unauffälliger oder harmloser Befund erhoben wurde.

Ich nehme zur Kenntnis, dass bei gesetzlich versicherten Patientinnen die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in einem Programm bundesweit ausgewertet werden. Hierzu muss die Praxis die Dokumentation der Krebsfrüherkennungsuntersuchung an die Kassenärztliche Vereinigung weiterleiten, die diese dann an die Auswertungsstelle weitergibt. Ich habe die Möglichkeit, bei meiner Krankenkasse Widerspruch einzulegen. Weitere Informationen hierzu erhalte ich bei meiner Krankenkasse.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich kann auf Wunsch das Informationsblatt zum Datenschutz erhalten. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden. Im Falle eines Widerrufs kann keine Untersuchung und Behandlung in der Praxis stattfinden.

Titisee-Neustadt, den _____

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters