
	QM 9 Individuelles Praxishandbuch Dokumentenname: Einwilligung zum Datenschutz	Check: 1 x jährlich Dokumentenversion: 1 Seite: 1 von 2
	Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel / Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie Regensburg – München – Landshut – Ingolstadt	 Qualitätsmanagement Arztpraxen
Prof. Dr. med. Christian Seifarth – Prof. Dr. med. Harald Schneider – Priv. Doz. Dr. med. George Vlotides und Kollegen		

Einwilligung zum Datenschutz

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie gehen als Patient einen Behandlungsvertrag mit dem Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis ein, haben aber einen zuständigen Arzt an dem von Ihnen gewählten Standort.

Das Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel ist eine Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie und ist an folgenden Standorten, mit folgenden Ärzten vertreten:

Unsere Standorte: Regensburg, München, Landshut, Ingolstadt

Unsere Ärzte: Prof. Dr. med. Christian Seifarth – Prof. Dr. med. Harald Schneider – Priv.-Doz. Dr. med. George Vlotides und Kollegen.

Im Rahmen Ihrer Behandlung im Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie ist die Anforderung und Auswertung auswärtiger Befunde sowie die Übermittlung interner und externer Befunde an Haus- und Fachärzte zur Beurteilung/Behandlung Ihrer Erkrankungen oft erforderlich. Nach §73 Abs. 1b SGB V ist eine schriftliche Einwilligung des Patienten notwendig.

Aus diesem Grund bitten wir Sie, die nachfolgende Einwilligung zum Datenschutz zu unterzeichnen.

Hiermit entbinde ich, (bitte hier Ihren Namen und Ihr Geburtsdatum angeben)

Name/Vorname: _____ Ihr Geburtsdatum: _____

Ihre aktuelle Telefonnummer: _____ (am besten Handynummer)

Ihre Email-Adresse: _____

- mit behandelnde Ärzte von der Schweigepflicht zur Übermittlung von medizinischen Befunden an das Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel
- die behandelnden Ärzte des Zentrums für Endokrinologie und Stoffwechsels von der Schweigepflicht für die Befundübermittlung an mitbehandelnde Ärzte
- Ich bin damit einverstanden, dass auswärtige Befunde die zur Beurteilung und/oder Behandlung meiner Beschwerden notwendig sind schriftlich, telefonisch oder per Telefax angefordert werden
- Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass Befunde an Mitbehandler übermittelt werden soweit es zu einer Einschätzung meiner Erkrankung oder die Behandlungsplanung erforderlich ist
- Zusätzlich bin ich damit einverstanden, dass meine Behandlungsberichte an den/die von mir angegebenen überweisenden Arzt bzw. Ärzte weitergeleitet werden
- Ich willige mit meiner Unterschrift ein, dass die unten genannten Ärzte (siehe Kästchen) sich auch untereinander über meinen Krankheitsverlauf, Befunde, Therapie und weitere Behandlung austauschen dürfen

Hier bitte den Arzt bzw. die Ärzte **namentlich mit Standort der Praxis** vermerken (Angabe freiwillig)

Name/Vorname: _____ Ort/Stadt: _____

Name/Vorname: _____ Ort/Stadt: _____

wir verschicken unsere Befunde an andere Praxen nur per Fax, **nicht per Post**. Sollten Sie mit der Übersendung des Befundes per Fax nicht einverstanden sein, müssen Sie Ihren Befund bei uns in der Praxis abholen oder Sie erhalten Ihre Befunde per eService. **Unterlagen an Sie persönlich werden grundsätzlich nicht per Post oder per Fax versendet. Gerne können Sie unseren verschlüsselten Service von CGM eService in Anspruch nehmen. Dieser Service ist für Sie kostenfrei.**

Ich bin zum heutigen Termin **MIT** Überweisung erschienen und willige mit meiner Unterschrift ein, dass der überweisende Arzt den ausführlichen Befundbericht **per Fax** erhalten darf. (bitte zutreffendes ankreuzen)

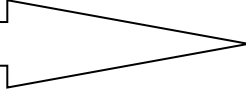
Ich bin zum heutigen Termin **OHNE** Überweisung erschienen und willige mit meiner Unterschrift ein, dass der oben genannte Arzt den ausführlichen Befundbericht **per Fax** erhalten darf. (bitte zutreffendes ankreuzen)

Ich bin mit der Übermittlung meiner Befunde per Fax an andere Praxen und den oberen Punkten die sich auf der Schweigepflichtentbindung befinden **nicht** einverstanden und möchte dass meine Befunde ausschließlich nur an mich weitergeleitet bzw. ausgehändigt werden. Die anfallenden Kosten bei Abholung trage ich selbst. (bitte zutreffendes ankreuzen)

Ingolstadt, den _____ Unterschrift _____
(Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigter)

Bitte achten Sie beim Ausfüllen darauf, dass alle Angaben richtig und vollständig ausgefüllt sind. Haben Sie was vergessen, ist eine Versendung Ihre Unterlagen nicht möglich.

Bitte wenden Seite 2 Bitte vollständig ausfüllen!



Zusendung von Rezepten/Überweisungen (Angabe freiwillig)

Rezepte und Überweisungen verschicken wir gerne per Post an Sie, die Kosten hierfür müssen Sie aber selbst tragen. Haben Sie uns kein Porto in Höhe von 1 Euro (Material- und Portokosten) hinterlassen, können wir Ihnen leider nichts zuschicken und Sie müssen es bei uns in der Praxis abholen.

- Ich möchte keine Material- und Portokosten in Höhe von 1 Euro hinterlassen und hole meine Rezepte/Überweisungen selbst ab.
- Ich habe einen Euro hinterlassen und bitte um die Zusendung von Rezepten/Überweisungen.

Ingolstadt, den _____ Unterschrift _____
(Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigter)

Aufgrund einiger Krankheitsbilder können weitere Untersuchungen bei Ihnen erforderlich sein, die wir in unserer Praxis nicht durchführen, aber die zur weiteren Abklärung Ihrer Beschwerden notwendig sind. Dafür müssen wir Sie an einen anderen Arzt überweisen oder unsere Ärzte wollen sich vorab mit den Kollegen austauschen um das weitere Vorgehen zu besprechen. Ohne Ihre schriftliche Einwilligung dürfen wir das nach der Datenschutz-Grundverordnung nicht. Um unnötige Wartezeiten zu vermeiden, bitten wir Sie vorab uns Ihre schriftliche Einwilligung zu erteilen um das Vorgehen zu vereinfachen bzw. für Sie zu beschleunigen.

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde die für meine weitere Untersuchung notwendig sind an folgende Ärzte** (Angabe freiwillig)

Prof. Dr. med. Siamek Asgari, Direktor der Klinik für Neurochirurgie, Krumenauerstr. 25, Ingolstadt - Daniel Strobel, Praxis für Nuklearmedizin, Krumenauerstraße 40, Ingolstadt - Diagnosticum Bayern Mitte, Levelingstraße 21, Ingolstadt - Dr. Achim Wolf, Klinik St. Elisabeth in 86633 Neuburg a. d. Donau

weitergeleitet werden dürfen. Wünschen Sie das nicht oder haben Sie einen anderen Arzt Ihres Vertrauens, geben Sie diesen bitte auf der ersten Seite mit Anschrift und Telefonnummer an.

- Ich bin nicht damit einverstanden und willige auch nicht ein, dass sich die Ärzte, ohne mein Wissen, untereinander austauschen dürfen.**

Ingolstadt, den _____ Unterschrift _____
(Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigter)

Vollmacht (Angabe freiwillig)

Hiermit erteile ich für den unten genannten Bevollmächtigten eine Vollmacht. Die bevollmächtigte Person darf über meinen gesamten Krankheitsverlauf von meinem behandelnden Arzt des Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie in Kenntnis gesetzt werden und auch über die notwendige Therapie. Auch dürfen der bevollmächtigten Person Befunde, telefonisch und/oder persönlich mitgeteilt werden. Die Vollmacht gilt auch für die Abholung von Rezepten, Überweisungen und für alle weiteren Unterlagen die für die Behandlung notwendig sind. Die Vollmacht kann von mir jederzeit widerrufen werden und ist nur gültig, wenn sich die bevollmächtigte Person durch amtlichen Ausweis identifizieren kann. Ohne Vorlage ist eine Abholung bzw. Herausgabe der Unterlagen nicht möglich.

(Bitte unbedingt den Namen und das Geburtsdatum der Person angeben)

- Vor/Nachname: _____ Geburtsdatum: _____
- Vor/Nachname: _____ Geburtsdatum: _____

Ingolstadt, den _____ Unterschrift _____
(Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigter)

Telefonische Befundauskunft

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie mich jederzeit telefonisch oder per Email kontaktieren darf. Ich habe dem Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel eine Telefonnummer/Email-Adresse mitgeteilt auf der andere Personen (Dritte) keinen Zugriff haben. Sollte durch meine Unachtsamkeit ein Dritter Zugriff auf mein Handy/Telefon bekommen und Auskunft über meine Befunde erhalten, ist das mein eigenes Verschulden und nicht das des Zentrums für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie. Alle juristischen und rechtlichen Folgen trage ich selbst.

Ingolstadt, den _____ Unterschrift _____
(Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigter)

Richtigkeit Ihrer Angaben auf unserer Erklärung

Wichtige Patienteninformation: Wir erneuern die Erklärung einmal jährlich. Sollten sich zwischenzeitlich Ihre Angaben ändern, bitten wir Sie uns diese umgehend mitzuteilen, da Sie als Patient für die Richtigkeit Ihrer Angaben verantwortlich sind.

Ich habe die Erklärung gewissenhaft ausgefüllt und wurde darauf hingewiesen, falls sich meine Angaben zwischenzeitlich ändern sollten, ich dem Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie das umgehend mitteilen muss. Versäume ich diese Information mitzuteilen, ist das ein Verschulden meinerseits und nicht des Zentrums für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie. Alle juristischen und rechtlichen Folgen trage ich selbst. Mir ist auch bekannt, dass ich die Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ingolstadt, den _____ Unterschrift _____
(Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigter)

Terminerinnerung (Angabe freiwillig)

Ja ich möchte in Zukunft, vom Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie, an meinen nächsten Termin per SMS per E-Mail erinnert werden (Labortermine und Termine bei Dr. Vlotides sind ausgeschlossen)

Ich wünsche keine Erinnerung, vom Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel/Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Endokrinologie. Ich vereinbare meine Termine selbst.

Ingolstadt, den _____ Unterschrift _____
(Unterschrift des Patienten bzw. Erziehungsberechtigter)