



Einwilligung Datenschutz

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient,

Sie gehen als Patient einen Behandlungsvertrag mit dem Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel Bayern 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, Passau

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

Im Rahmen Ihrer Behandlung im Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel Bayern stimmen Sie mit Ihrer nachstehenden Unterschrift §73 Abs. 1b SGB V zu. Im Einzelnen erklären Sie sich mit folgenden Bestimmungen einverstanden:

- Entbindung mitbehandelnder Ärzte von der Schweigepflicht zur Übermittlung von medizinischen Befunden an das Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel
- Entbindung der behandelnden Ärzte/Mitarbeiter des Zentrums für Endokrinologie und Stoffwechsel von der Schweigepflicht gegenüber mitbehandelnden Ärzten
- 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

Vollmacht

Hiermit erteile ich für den unten genannten Bevollmächtigten eine Vollmacht. Die bevollmächtigte Person darf über meinen gesamten Krankheitsverlauf von meinem behandelnden Arzt des Zentrums für Endokrinologie und Stoffwechsel Bayern 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: _____

Telefonische Befundauskunft

Ich bin damit einverstanden, dass das Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel Bayern mich jederzeit telefonisch oder per Email kontaktieren darf. Ich habe dem Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel eine Telefonnummer/Email-Adresse mitgeteilt auf die 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 dies mein eigenes Verschulden und nicht das des Zentrums für Endokrinologie und Stoffwechsel Bayern. Alle juristischen und rechtlichen Folgen trage ich selbst.

Terminreminder

Ja ich möchte in Zukunft, vom Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel Bayern, an meinen nächsten Termin **O per SMS** **O per E-Mail** erinnert werden (Labor- und Telefontermine ausgeschlossen)

Ich wünsche keine Erinnerung

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden, dass mich das Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel Bayern an Termine wie z. B. eine wieder fällige Kontrolle meiner Laborwerte oder die Wiedervorstellung in der Sprechstunde meines behandelnden Arztes erinnern darf

Videosprechstunde

Ja, ich möchte an der Videosprechstunde teilnehmen und willige ein, dass mich das Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechsel Bayern an den Termin erinnert sowie mir den Link per E-Mail zusendet.

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.

Unterschrift _____
Unterschrift des Patienten

Ort, Datum: _____

Unterschrift _____
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Diese Einwilligung besteht aus 2 Seiten! Bitte füllen Sie auch die 2 Seite aus! Vielen Dank