

Datenverarbeitung

Name (Patienten/in)

Geburtsdatum

Einwilligung in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Vollmacht Angehörige

Sehr geehrte(r) Patient/in,

im Rahmen Ihrer Behandlung kann es notwendig sein, dass wir uns mit anderen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen (z.B. Kliniken, Apotheken etc.) zu Ihrer Person austauschen müssen, damit eine qualitativ hochwertige Behandlung gewährleistet werden kann. Da hierfür eine Übermittlung bzw. ein Austausch Ihrer personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten (die Ihre Behandlung betreffen) stattfindet, benötigen wir hierfür Ihre Einwilligung und die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht. Gesundheitsdaten sind Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand (z.B. Befunde, Diagnosen, Therapien etc.).

Dies betrifft insbesondere folgende Fälle (**bitte zutreffendes ankreuzen**):

- Übermittlung an den Hausarzt / Facharzt:** Das MVZ darf meine personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten zum Zweck der durchzuführenden Dokumentation und weiteren hausärztlichen Behandlung an meinen Hausarzt übermitteln (§ 73 Abs. 1 b SGB V). Meinen Hausarzt teile ich den Praxismitarbeitern mit und informiere diese auch über mögliche Änderungen meines Hausarztes. Ich bin damit einverstanden, die bei meinem Haus- oder Facharzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit für meine Behandlung im MVZ erforderlich, vom MVZ angefordert werden können.
- Weiterbehandlung / Zweitmeinung:** Das MVZ darf meine personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten zum Zwecke der Weiterbehandlung, Durchführung, Planung und Steuerung von Operationen in anderen Einrichtungen oder Einholung von Zweitmeinungen an andere Ärzte und medizinische Einrichtungen weitergeben. Eine solche Weitergabe meiner Daten geschieht entweder nach vorheriger Absprache mit mir oder wenn meine behandelnden Ärzte dies im Rahmen meiner Behandlung für unbedingt erforderlich halten.
- Übermittlung an Labore:** Das MVZ darf meine personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten an externe Labore zum Zweck der weiteren Befundabklärung oder Gewebeuntersuchung übermitteln. Die Ergebnisse dürfen an die mich behandelnde Praxis zurückgeschickt werden.

Datenverarbeitung

- Abrechnung:** Das MVZ darf zum Zwecke der Abrechnung und ggf. erforderlichen Mahnverfahren die dafür erforderlichen Daten (inkl. Angaben zur Diagnose) an eine andere Stelle übermitteln, die ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet ist (Abrechnungsstelle). Diese Stelle kann ein anderes auf Abrechnung spezialisiertes Unternehmen sein. Die genauen Kontaktdaten erhalten Sie gern auf Anfrage in der Arztpraxis. Alle mit den Daten befassten Mitarbeiter sind zur besonderen Verschwiegenheit verpflichtet.

Weitere Details zur Verarbeitung Ihrer Daten entnehmen Sie bitte dem Datenschutz-Aushang und den Hinweisen zur Datenverarbeitung oder sprechen Sie uns gern darauf an.

Ich habe die vorgenannten Erläuterungen zur Kenntnis genommen und erkläre Folgendes:

I. Datenverarbeitung

Ich willige in die Verarbeitung meiner Daten, insbesondere meiner Gesundheitsdaten, wie oben beschrieben ein. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit gänzlich oder in Teilen mündlich oder in Textform (z.B. Brief, E-Mail) mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

II. Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich habe die Hinweise zur Schweigepflichtsentbindung zur Kenntnis genommen und entbinde die behandelnden Ärzte sowie das MVZ Nordstern insoweit von ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift

III. Soweit gewünscht: Vollmacht zur Auskunftserteilung an Dritte Personen:

Ich möchte folgende Person bevollmächtigen, über meine persönlichen Daten und Gesundheitsdaten, insbesondere über meine ärztlichen Befunde durch das MVZ bzw. meinen behandelnden Arzt Auskunft zu erlangen:

Name, Vorname

Adresse

Geburtsdatum

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in)