

Patienteneinwilligung zur Übermittlung und Einholung von Daten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig. Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen dürfen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln (z.B. mittels Arztbrief) oder von weiteren Leistungserbringern einholen zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Behandlung und Information der Mitbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Ansonsten müssen Sie ggf. selbst die notwendigen Informationen zur Verfügung stellen. Rezepte, Verordnungen und ähnliche Daten dürfen nur an Sie unmittelbar herausgegeben werden. Es bedarf Ihrer Einwilligung, wenn diese an Dritte, z. B. Angehörige oder Pflegeeinrichtungen, herausgegeben werden sollen. Der Abholer muss sich dabei entsprechend ausweisen. Wir weisen Sie darauf hin, dass die Herausgabe von Dokumenten einen Rückschluss auf Ihr Krankheitsbild zulässt.

Mit freundlichen Grüßen

(Arzt) Martin F. J. Bauer
Facharzt für Allgemeinmedizin
Hauptstr. 71, 12159 Berlin
BSNR: 72 8401200

Dieses Informationsblatt wurde erarbeitet von der Arbeitsgemeinschaft der nordrhein-westfälischen Heilberufskammern (Ärztammer Nordrhein, Ärztkammer Westfalen-Lippe, Apothekerkammer Nordrhein, Apothekerkammer Westfalen-Lippe, Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Nordrhein-Westfalen, Tierärztkammer Nordrhein, Tierärztkammer Westfalen-Lippe, Zahnärztkammer Nordrhein sowie Zahnärztkammer Westfalen-Lippe) sowie den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe unter Mitwirkung der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen und gibt den Stand der Meinungsbildung vom 23.11.2018 wieder.

(*) Als Heilberufler gelten die Mitglieder der vorgenannten Kammern

PATIENTENEINWILLIGUNG

ZUR ÜBERMITTLUNG UND EINHOLUNG VON DATEN

I. DATENAUSTAUSCH MIT LEISTUNGSERBRINGERN

Hiermit willige ich,

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

ein, dass meine personenbezogenen Daten (z. B. Name, Krankenkasse, Anamnese, Diagnose) über die Behandlung zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung, lückenlosen Dokumentation

bei _____ (Name, Adresse der Ärztin/des Arztes, kann vom Arzt/von der Ärztin vorausgefüllt werden)

in dem erforderlichen Umfang an

- die/den weiterbehandelnde(n) Ärztin/Arzt (Name/Anschrift) _____
- das Krankenhaus / das MVZ _____
- das Labor _____
- _____

weitergegeben werden dürfen.

von diesen über meine Behandlung dort **im erforderlichen Umfang eingeholt** werden dürfen.

II. REZEPTE UND VERORDNUNGEN

Ich willige ein, dass

- Rezepte
- Überweisungen
- Verordnungen
- Medikationspläne
- _____

an

- Angehörige / Personen (bitte Namen einsetzen) _____
- Mitarbeiter des Pflegedienstes / Seniorenheims _____
- Apotheke _____
- _____
- _____

übermittelt/übersendet werden dürfen.

von diesen abgeholt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

_____ den

Ort

Datum

Unterschrift