

Patienten-Einverständniserklärung

Vorname & Name

Geburtsdatum

Speicherung Ihrer Daten

Als Ihr behandelnder Arzt bin ich gesetzlich dazu verpflichtet Ihre Behandlung in Ihrer persönlichen Patientenakte zu dokumentieren (BGB §630f Abs. 1, BMV-Ä §57 Abs. 1, Berufsordnung für Ärzte §10 Abs. 1). In Ihrer Patientenakte speichern wir Ihre personenbezogenen Daten und Ihre Gesundheitsdaten (z.B. Diagnosen, Befunde, Therapien, Ultraschall- und Röntgenaufnahmen). Darüber hinaus bin ich dazu verpflichtet Ihre Patientenakte zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (BGB §630f Abs. 3, BMV-Ä §57 Absatz 2, Berufsordnung für Ärzte §10 Absatz 3).

Für zukünftige Behandlungen könnte es jedoch hilfreich und relevant sein in vergangene Dokumentationen/ Notizen Einsicht zu nehmen.

Sind Sie damit einverstanden, dass ich Ihre Patientenakte über die gesetzliche Aufbewahrungsfrist hinaus, jedoch maximal 30 Jahre nach der letzten Behandlung, aufbewahre?

Ja

Nein

Übermitteln und Einholen Ihrer Behandlungsdaten

Für eine präzise Befundung/ Diagnostik, kann es unter Umständen notwendig sein mit Ihren mitbehandelnden Ärzten, aus anderen medizinischen Fachrichtungen (z.B. Radiologe), zu kooperieren und sich fachlich auszutauschen.

Zu diesem Zweck wäre es sinnvoll, wenn ich mir bei Ihren mitbehandelnden Ärzten Ihre relevanten Behandlungsdaten (z.B. Befunde, Röntgenaufnahmen, o.ä.) einholen bzw. Ihre relevanten Behandlungsdaten an Ihre mitbehandelnden Ärzte übermitteln dürfte.

Sind Sie damit einverstanden, dass ich Ihre relevanten Behandlungsdaten von Ihren mitbehandelnden Ärzten einholen bzw. an diese übermitteln darf?

Ja

Nein

Für den oben genannten Zweck entbinde ich meinen behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Namentliches Aufrufen

Um Sie beispielweise vom Wartezimmer in das Behandlungszimmer zu bitten, möchten mein Praxisteam und ich Sie gerne mit Ihrem Nachnamen (ggf. auch Vornamen) aufrufen. Dies kann persönlich, über die Praxissprechanlage oder einen Fernschirmschirm erfolgen.

Sind Sie damit einverstanden, dass Sie namentlich aufgerufen werden?

Ja

Nein

Auskünfte über Ihren Gesundheitszustand gegenüber Dritten

Möchten Sie, dass ich, als Ihr behandelnder Arzt, Dritten gegenüber (z.B. Ehefrau/ Ehemann, Familienangehörigen, Pflegepersonal) Auskunft zu Ihrem Gesundheitszustand geben darf?

Ja Nein

Für den oben genannten Zweck entbinde ich meinen behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Falls „Ja“, benennen Sie bitte nachfolgend die auskunftsberechtigten Personen mit Vor- und Nachnamen:

Wichtig: Bitte informieren Sie die benannte(n) Person(en) ein gültiges Ausweisdokument (Personalausweis, Reisepass, Führerschein zur Identifizierung mitzubringen. Die Auskunft wird ansonsten verweigert.

Aushändigen medizinischer Unterlagen an Dritte

Möchten Sie, dass ich, als Ihr behandelnder Arzt, Dritten gegenüber (z.B. Ehefrau/ Ehemann, Familienangehörigen, Pflegepersonal, Apotheke) medizinische Unterlagen (z.B. Rezepte, Verordnungen, Überweisungen, Befunde, o.ä.) aushändigen darf?

Ja Nein

Für den oben genannten Zweck entbinde ich meinen behandelnden Arzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Falls „Ja“, benennen Sie bitte nachfolgend die zur Aushändigung/ Abholung berechtigten Personen mit Vor- und Nachnamen

Wichtig: Bitte informieren Sie die benannte(n) Person(en) ein gültiges Ausweisdokument (Personalausweis, Reisepass, Führerschein zur Identifizierung mitzubringen. Die Auskunft wird ansonsten verweigert.

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und wird mit der Unterzeichnung wirksam. Sie kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen, ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden.

Ort und Datum

Unterschrift
(zutreffendes bitte ankreuzen)

- des Patienten des Erziehungsberechtigten
 des bestellten Betreuers des schriftlich Bevollmächtigten

Art 9 Abs. 2 c) DSGVO die Verarbeitung ist zum Schutz lebenswichtiger Interessen der betroffenen Person erforderlich, die aus körperlichen oder rechtlichen Gründen außerordentlich ist, ihre Einwilligung zu geben