

Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ haben wir Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrags oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief) wird Ihre Einwilligung erforderlich. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selbst die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Einwilligung in die Datenweitergabe

Hiermit willige ich,

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	

ein, dass Daten über die ärztliche/therapeutische Behandlung bei

MVZ - Praxisname Anschrift	durch Praxis auszufüllen		
<input type="checkbox"/>	an die private Abrechnungsstelle (Name)	durch Praxis auszufüllen	
<input type="checkbox"/>	an den weiterbeh. Arzt (Name, Anschrift)		
<input type="checkbox"/>	an das Krankenhaus (Name, Anschrift)		
<input type="checkbox"/>	telef. an Angehörige (Name)		Passwort:
<input type="checkbox"/>	an (Name)		

weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich die erteilten Einwilligungen gegenüber dem Asklepios MVZ Wiesbaden / Therapiezentrum auromed / Praxis TCM einzeln oder insgesamt jederzeit durch schriftliche Erklärung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die, bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte bzw. Therapeuten von der Schweigepflicht.

_____ den, _____
Ort Datum Unterschrift Patient / Person mit Vertretungsvollmacht/Erziehungsberechtigte

Widerruf an:
Asklepios MVZ Hessen GmbH, Asklepios MVZ II Wiesbaden, Röntgenstraße 20, 63225 Langen. Fax 06103 912 1203

durch Praxis auszufüllen, falls eine Patientenkopie gewünscht wird.				
Patient wünscht eine Kopie dieser Einwilligung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Original: <input type="checkbox"/>	Patientenkopie: <input type="checkbox"/>
Eine Kopie wurde mir ausgehändigt:	Unterschrift Patient / Person mit Vertretungsvollmacht / Erziehungsberechtigte			

Patienteneinwilligung Behandlungsverhältnis