ASKLEPIOS MVZ

Name Patient:

EINWILLIGUNG DATENÜBERMITTLUNG

Datenübermittlung zwischen Hausarzt, weiterbehandelnden Arzt, Krankenhaus und/oder überweisenden Arzt

Ich wünsche, dass das MVZ die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde **an meinen unten genannten Hausarzt** oder **weiterbehandelnden Arzt** zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung auf dessen Anforderung hin übermittelt.

☐ Ja ☐ Nein

Mein Hausarzt oder weiterbehandelnder Arzt ist:

(Name und Anschrift des Hausarztes oder des weiterbehandelnden Arztes)

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das MVZ Rheinland Pfalz die beim oben benannten Hausarzt oder überweisenden Arzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde anfordern kann, soweit diese für meine Behandlung durch die bei dem MVZ tätigen Ärztinnen und/oder Ärzte erforderlich sind. Diese Anforderung ermöglicht es, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes bzw. überweisenden Arztes zu erhalten und so auch unnötige Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Das MVZ wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

☐ Ja ☐ Nein

Ich bin damit einverstanden, dass auch bei nachfolgendem Krankenhaus/Arzt vorliegende Behandlungsdaten und Befunde angefordert werden, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind.

☐ Ja ☐ Nein

Name, Anschrift des Krankenhauses/der ärztlichen Einrichtung

Rezepte und Verordnungen

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.

☐ Hiermit willige ich ein, dass das MVZ Rezepte und Verordnungen, Überweisungen, Medikationspläne und Befunde jeglicher Art (unzutreffendes bitte streichen) an die folgenden Personen (z.B. Angehörige, Pflegedienst) übermittelt werden dürfen und von diesen abgeholt werden dürfen:

Nachname, Vorname des Angehörigen

Terminerinnerung und Vorsorge (Samedi)

☐ Hiermit willige ich ein, dass das MVZ mir Terminbestätigungen und -Erinnerungen per E-Mail und SMS (unzutreffendes bitte streichen) zusendet. Auch möchte ich Erinnerungen an anstehende Kontrolluntersuchungen erhalten („Recall“). Bitte verwenden Sie hierfür folgende Kontaktdaten:

E-Mail-Adresse (optional)

Mobilfunknummer (optional)

Sie können diese Einwilligung uns gegenüber jederzeit mit Wirkung für die Zukunft und ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise widerrufen, ohne dass Ihnen hierdurch Nachteile uns gegenüber entstehen. Der Widerruf kann persönlich (während Ihres Aufenthaltes) oder schriftlich erfolgen.

Ort, Datum

Nachname, Vorname des Patienten
und Unterschrift

✕ _____

Sie erteilen die Einwilligung für eine(n) minderjährige(n) Patientin oder Patienten. Beide Elternteile sind sorgeberechtigt und nur ein Elternteil ist anwesend? Dann bitte durch Ankreuzen bestätigen:

☐ **Ich erkläre hiermit, in meiner Eigenschaft als gesetzlicher Vertreter, zur alleinigen Einwilligungserteilung der Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Informationen meines Kindes von dem abwesenden sorgeberechtigten Elternteil berechtigt zu sein.**

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht/gesetzlicher Vertreter/Betreuer

Ort, Datum

Nachname, Vorname des Vertreters

Anschrift des Vertreters

✕ _____

Unterschrift des Vertreters