

Einwilligungserklärung zur Einsichtnahme in Patientenunterlagen

Patientenangaben

Name; Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Versicherung: _____

Angaben zum Hauptversicherten (Bitte nur ausfüllen, wenn Sie Familienversichert sind)

Name; Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Versicherung: _____

Hinweise zum Datenschutz

Die Vertraulichkeit und Integrität Ihrer persönlichen Daten und Angaben ist uns ein besonderes Anliegen. Wir werden Ihre Angaben daher sorgfältig und entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz verarbeiten, nutzen und insbesondere nicht ohne Ihre Zustimmung an Dritte weitergeben.

Einwilligung Datenschutz

- **Ich willige ausdrücklich ein**, dass die bisher von der Praxis Dr.med. Michael May und/oder Dr. med. Hans Joachim Schierle geführten Patientenunterlagen und personenbezogenen Daten durch das MVZ Asklepios Klinik Seligenstadt unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften zum Zweck der medizinischen Behandlung sowie der allgemeinen, ordnungsgemäßen Vertragserfüllung verarbeitet, genutzt und erforderlichenfalls an Dritte weitergibt.
- Ich willige ein, zu den oben angegebenen Zwecken auch per Telefon angesprochen zu werden. Ich willige außerdem ein, zu den oben angegebenen Zwecken auch per E-Mail angesprochen zu werden.
- Die gespeicherten Daten lagern auf besonderen Bereichen der Server und werden nach besten Möglichkeiten geschützt.

Mir ist bekannt, dass meine Angaben freiwillig erfolgen.

Recht auf Auskunft

Ich kann jederzeit kostenlos Auskunft über die gespeicherten Daten verlangen und Einblick in diese erhalten. Die Auskunft kann schriftlich per Post (kostenlos) erteilt werden.

Recht auf Löschung

Ich kann jederzeit kostenlos die Berichtigung, Sperrung und Löschung meiner gespeicherten Daten verlangen. Ein Löschungsgesuch ist schriftlich per Brief an das MVZ Asklepios Klinik Seligenstadt, Dudenhöfer Str. 9 in 63500 Seligenstadt zu richten.

Asklepios MVZ Rodgau

Ärzte-Team

Dr. med. Anita Mittweide Fachärztin für Orthopädie & Unfallchirurgie
Christian Weichbrodt Facharzt für allgemein Chirurgie & Proktologie
Dr. med. Mohamad Sedighi Ghalehaghahi
Christian Seifried Facharzt für Neurologie & Geriatrie
Kronberger Straße 11 63110 Rodgau/Dudenhofen
Tel. 06106 - 26810; Fax: 06106-268129

Recht auf Widerruf

Ich bin darüber informiert, dass ich diese freiwillige Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber dem MVZ Asklepios Klinik Seligenstadt widerrufen kann.

Mein Widerruf kann schriftlich per Brief an das MVZ Asklepios Klinik Seligenstadt, Dudenhöfer Str. 9 in 63500 Seligenstadt erfolgen ohne dass dafür Kosten anfallen, abgesehen von den Kosten der Übermittlung des Widerrufs (zu den Basistarifen).

Bei erfolgtem Widerruf ist das MVZ Asklepios Klinik Seligenstadt verpflichtet, meine gespeicherten Daten unverzüglich zu löschen bzw. wenn technisch nicht möglich bzw. unverhältnismäßig aufwändig, ersatzweise zu sperren, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen dem entgegenstehen. Daten, die der gesetzlichen Archivierungspflicht unterliegen, sind hiervon ausgenommen.

Haftung für Handlungen Dritter

Das MVZ Asklepios Klinik Seligenstadt weist ausdrücklich darauf hin, dass das Internet trotz aller technischen Vorkehrungen eine absolute Datensicherheit nicht zulässt. Für Handlungen von Dritten wird nicht gehaftet.

Ort, Datum & Unterschrift

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 der Asklepios Klinik Seligenstadt, Standort Rodgau 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

Asklepios MVZ Rodgau**Ärzte-Team**

Dr. med. Anita Mittweide Fachärztin für Orthopädie & Unfallchirurgie
Christian Weichbrodt Facharzt für allgemein Chirurgie & Proktologie
Dr. med. Mohamad Sedighi Ghalehaghahi
Christian Seifried Facharzt für Neurologie & Geriatrie
Kronberger Straße 11 63110 Rodgau/Dudenhofen
Tel. 06106 - 26810, Fax: 06106-268129

EINWILLIGUNG DATENÜBERMITTLUNG

Seite 3 von 5 08.10.2026

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 Dritte Personen (z.B. Angehörige, Pflegedienst) unter Nennung des Ihnen festgelegten Passwortes übermittelt werden dürfen und abgeholt werden dürfen.

Das Passwort lautet: _____

Mir ist bewusst, dass keine Bearbeitung meines Anliegens durch Dritte Personen ohne Passwort möglich ist und ich meine Anliegen persönlich erledigen muss.

Kontaktaufnahme bei Terminverschiebung und sonstiger Anliegen

☐ Hiermit willige ich ein, dass das MVZ mich zur Terminabsage, Terminverschiebung und Terminbestätigungen sowie -Erinnerungen per E-Mail kontaktieren darf. Auch möchte ich bei Erhalt von auffälligen Untersuchungsbefunden kontaktiert werden.

Bitte verwenden Sie hierfür folgende Kontaktdaten:

E-Mail-Adresse (optional)

Mobilfunknummer (optional)

Festnetz (optional)

Der Termineintrag erfolgt im Onlinekalender von der Samedi GmbH Ringstraße 44 in 10247 Berlin

Wünschen Sie Terminspezifische Benachrichtigungen z.B. Terminabsage durch Samedi

Dies ist nur in Verbindung mit einer Emailadresse möglich

☐ Ja ☐ Nein

Einschaltung von externen Dienstleistungsunternehmen

Für einen reibungslosen Ablauf arbeiten wir mit externen Dienstleistungsunternehmen und Laboren zusammen. Dafür werden im geeigneten Maße erforderliche Daten an die entsprechenden Unternehmen und Labore weitergeleitet und verarbeitet. Welche Daten von Ihnen in welchem Umfang betroffen sind, können Sie bei Ihrem behandelnden Arzt erfragen.

Nach Erledigung der Aufgabe in den Unternehmen werden die Daten – soweit möglich – gelöscht bzw. vernichtet. Labore haben eine eigene Aufbewahrungspflicht entsprechend der Vorschriften zur ärztlichen Schweigepflicht.

Ich willige ein, dass das MVZ im Rahmen der Erforderlichkeit Patientendaten an externe Dienstleistungsunternehmen, z.B. an Labore, Pathologie & Dienstleistungsunternehmen übermittelt.

Im Asklepios MVZ Rodgau arbeiten wir mit folgendem externen Labor und Dienstleistungsunternehmen zusammen:

Laborarztpraxis Dres. med. Walther, Weindel und Kollegen Berner Straße 117 in 60437 Frankfurt, Telefon: 069-669003900

Pathologie GPH Hanau Postfach 1221 in 63402 Hanau Telefon: 06181-923510

ZVB der Asklepios Klinik Seligenstadt (Planung zur OP Orthopädie) Asklepios Straße 1 in 63500 Seligenstadt Telefon: 06182-838318

KOMM-Center (Planung zur OP Chirurgie) Aliceplatz 11 in 63065 Offenbach Telefon: 069-82379599

Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ/ die Praxis meine Patientendaten an das oben genannte Labor und Dienstleistungsunternehmen übermitteln darf.

☐ Ja ☐ Nein

Hinweis: Falls Sie mit der Übermittlung der Patientendaten an das externe Labor, Pathologie oder anderer Dienstleister **nicht** einverstanden sind, kann dies dazu führen, dass die gewünschte Behandlung von uns nicht erbracht werden kann.

Asklepios MVZ Rodgau

Ärzte-Team

Dr. med. Anita Mittweide Fachärztin für Orthopädie & Unfallchirurgie
Christian Weichbrodt Facharzt für allgemeine Chirurgie & Proktologie
Dr. med. Mohamad Sedighi Ghalehaghahi
Christian Seifried Facharzt für Neurologie & Geriatrie
Kronberger Straße 11 63110 Rodgau/Dudenhofen
Tel. 06106 - 26810; Fax: 06106-268129

EINWILLIGUNG DATENÜBERMITTLUNG

Seite 4 von 5 08.10.2026

Übermittlung von Patientendaten an die externe Abrechnungsstelle

Ich bin damit einverstanden, dass alle zur Abrechnung notwendigen persönlichen Daten und Gesundheitsdaten, wie Name, Anschrift, Geburtsdatum, erbrachte Leistungen und dazugehörige Diagnosen an folgende Verrechnungsstelle weitergeleitet und die Rechnungsforderung an die Verrechnungsstelle zum Einzug abgetreten wird. Bei z.B. durch Sie gestellte Anträge bei der Deutschen Rentenversicherung, Versorgungsamt oder Sozialgericht.

Medizinische Abrechnung GmbH, Siemensstraße 3, 64859 Eppertshausen

Tel.: 06071-18099-32 / Fax: 06071-18099-70 / Email: datenschutz@medal-gmbh.de

☐ Ja ☐ Nein

Hinweis: Falls Sie mit der Übermittlung der Abrechnungsdaten an die externe Abrechnungsstelle **nicht** einverstanden sind, kann dies dazu führen, dass die gewünschte Behandlung von uns nicht erbracht werden kann.

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

X _____

Unterschrift des Patienten

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

X _____

Asklepios MVZ Rodgau

Ärzte team

Dr. med. Anita Mittweide Fachärztin für Orthopädie & Unfallchirurgie
Christian Weichbrodt Facharzt für allgemein Chirurgie & Proktologie

Dr. med. Mohamad Sedighi Ghalehaghahi
Christian Seifried Facharzt für Neurologie & Geriatrie
Kronberger Straße 11 63110 Rodgau/Dudenhofen
Tel. 06106 - 26810, Fax: 06106-268129

Einverständniserklärung zur Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA)

Patientenangaben

Name; Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Versicherung: _____

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass das Asklepios MVZ Rodgau meine elektronische Patientenakte (ePA) im Rahmen meiner ärztlichen Behandlung nutzen darf. Mit meiner Unterschrift ermächtige ich das Asklepios MVZ Rodgau dazu, im Rahmen meiner Behandlung auf meine ePA zuzugreifen, um eine optimale medizinische Versorgung sicherzustellen und insbesondere folgende Handlungen vorzunehmen:

- Das Auslesen von gesundheitsrelevanten Daten und Informationen, die in meiner ePA gespeichert sind, unter anderem Medikationsplan, Informationen zu bestehenden Erkrankungen, Diagnosen, laufenden Therapien sowie bildgebende Diagnostik (Röntgen) vom Kopfbereich.
- Das Speichern von relevanten Behandlungsdaten in meiner ePA, insbesondere

– Daten zur Unterstützung des Medikationsprozesses

– Befunddaten aus bildgebender Diagnostik

– Befundberichte – Daten zu Laborbefunden

– elektronische Arztbriefe

Wenn Behandlungsdaten erhoben werden, die auf meiner ePA abgespeichert werden, werde ich darüber informiert und kann der Speicherung zustimmen oder sie ablehnen. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass auf meinen Wunsch hin auch weitere digitale Behandlungsdaten, die im Zusammenhang mit der aktuellen Behandlung erhoben wurden, auf meiner ePA abgespeichert werden müssen, z.B. Befunddaten, Diagnosen, durchgeführte und geplante Therapiemaßnahmen, elektronische Abschriften der geführten Patientenakte. Mir ist bewusst, dass ich jederzeit das Recht habe, meine Einwilligung zur Nutzung der ePA zu widerrufen. Ein solcher Widerruf hat zur Folge, dass das Asklepios MVZ Rodgau keinen Zugriff mehr auf meine ePA hat und keine weiteren Daten speichern oder abrufen darf.

Ort, Datum_____
Unterschrift des Patienten/ der Patientin bzw. gesetzlicher Vertreter**Asklepios MVZ Rodgau****Ärzte team**

Dr. med. Anita Mittweide Fachärztin für Orthopädie & Unfallchirurgie
Christian Weichbrodt Facharzt für allgemein Chirurgie & Proktologie

Dr. med. Mohamad Sedighi Ghalehaghahi
Christian Seifried Facharzt für Neurologie & Geriatrie
Kronberger Straße 11 63110 Rodgau/Dudenhofen
Tel. 06106 - 26810), Fax: 06106-268129