Privatarztpraxis
Magnus Stein
Neversstr.5
56068 Koblenz
0261 – 12741

Einverständniserklärung des Patienten

zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten und Befunden, gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V

- Weiterleitung von angeforderten Befunden an den mitbehandelnden Arzt
- zur Abholung von Rezepten, Befunden oder anderen Unterlagen
- Weiterleitung/Abholung von Befunden durch bevollmächtigte Personen
- zur Übermittlung von Befunden o.ä. mittels Email oder Fax

Durch den Patienten auszufüllen! Bitte kreuzen Sie alle Fragen mit **Ja** oder **Nein** an.

Hiermit erkläre ich mich

_____, _____ einverstanden,

Vorname, Name Geburtsdatum

- dass die Praxis Magnus Stein, Neversstr.5, 56068 Koblenz, Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem Facharzt, einem Krankenhaus, einem Psychotherapeuten oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an das Praxisteam Magnus Stein weiterzuleiten. Diese Informationen darf das Praxisteam nur zur Dokumentation und zu weiteren Behandlungen verwenden.

  O Ja O Nein

- dass die Praxis Magnus Stein angeforderte Befunde an den mitbehandelnden Arzt oder Krankenhaus weiterleiten darf.
  - O Ja O Nein
- mit der Abholung von Rezepten, Befunden oder anderen Unterlagen durch die folgende bevollmächtige Person:

  _____

  Name, Vorname, Geburtsdatum (weitere Personen bitte auf der Rückseite eintragen)

  O Ja O Nein

- dass auf meinen Wunsch hin, die Anforderung/ Übermittlung von Befunden per Email an folgende E-Mailadresse _____der per Fax an folgende Faxnummer_____ erfolgen kann. Ich wurde darüber informiert, dass die Übermittlung nicht verschlüsselt erfolgt und es nicht ausgeschlossen werden kann, dass dritte Personen die E-Mail/ das Fax mitlesen können. Der Arzt übernimmt keine Kontrolle und Verantwortung für die Zugangsberechtigung der E-Mail und Emailadresse und für die Überwachung der Korrespondenz.
  Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegenspricht.
  Ich bin dennoch bei Bedarf (bei Anforderung durch den Patienten) mit der Übermittlung einverstanden.

  O Ja O Nein

- Ich willige in die Erhebung, elektronische Speicherung und Weiterverarbeitung meiner personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) durch die Praxis ein. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann, sofern kein höheres Recht dagegen spricht (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).
  - O Ja O Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die datenschutzrechtlichen Praxisinformationen erhalten habe und ich die abgedruckten Informationen gelesen und verstanden habe.

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift des Patienten/gesetzl. Vertreter