

Einwilligung in die Datenübermittlung

1. Datenübermittlung zwischen Hausarzt und MVZ Weser-Egge gGmbH

Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ Weser-Egge gGmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt.

Ja Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass das MVZ Weser-Egge gGmbH die bei meinem Hausarzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem MVZ Weser-Egge gGmbH, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes zu erhalten. Das MVZ Weser-Egge gGmbH wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja Nein

Mein Hausarzt ist:

[Name, Anschrift des Hausarztes]

2. Datenübermittlung zwischen dem MVZ Weser-Egge gGmbH und sonstigen Vor- / Weiterbehandlern

Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ Weser-Egge gGmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen

Vorbehandler
 Weiterbehandler
 _____ [sonstigen Behandler]

zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ Weser-Egge gGmbH die bei meinem

Vorbehandler
 _____ [sonstigen Behandler]

vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Das MVZ Weser-Egge gGmbH wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja Nein

Mein Vorbehandler ist:

[Name, Anschrift]

Mein Weiterbehandler ist:

[Name, Anschrift]

Mein sonstiger Behandler ist:

[Name, Anschrift]

3. Datenübermittlung an sonstige Leistungserbringer

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte, Überweisungen, Verordnung o. Ä. an die Apotheke, Sanitätshäuser, Pflegeheime usw. weitergeleitet werden dürfen.

Ja Nein

4. Auskunft an Angehörige/Bezugspersonen

Ich bin damit einverstanden, dass Informationen über Behandlung an Angehörige oder Bezugspersonen weitergegeben werden, nachdem deren Identität durch Abfrage des Namens und des Geburtsdatums festgestellt wurde.

Ja Nein

Falls die Frage mit „Ja“ beantwortet wurde, dann tragen Sie bitte unten den vollständigen Namen und Geburtsdatum der Angehörigen bzw. Bezugspersonen ein:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

5. Vertretung und Beratung

Ich bin damit einverstanden, dass die im MVZ Weser-Egge gGmbH tätigen Ärzte (auch fachübergreifend) sich im Notfall oder bei einer Abwesenheit in meiner Behandlung gegenseitig vertreten und dass sie sich untereinander beraten und dazu Einsicht in meine Krankenunterlagen nehmen dürfen.

Ja Nein

Diese Einwilligungserklärungen sind freiwillig. Ich habe diejenigen, mit denen ich einverstanden bin, angekreuzt. Ich kann sie ohne Nachteile für meine Behandlung verweigern. Die Einwilligung kann – auch einzeln – jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ergänzend hierzu habe ich die Gelegenheit die ausliegende Datenschutzinformationen für Patienten einzusehen bzw. davon ein Exemplar zu erhalten.

Stadt, _____

Unterschrift des Patienten
(bei minderjährigen Patienten: des oder der
Sorgeberechtigten)

Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht

Unterschrift des Vertreters

Name, Anschrift des Vertreters